

**PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade N°: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

**REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade N°: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ Grau de Relacionamento: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: NEFRECTOMIA RADICAL**

I – Autorizo ao médico \_\_\_\_\_ CRM N° \_\_\_\_\_ e/ou o seu assistente \_\_\_\_\_ CRM N° \_\_\_\_\_ a realizarem uma Nefrectomia Radical, como forma de tratamento do câncer renal.

II - O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um dreno laminar nas costas por no mínimo uma semana..

III – Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me explicados e são os seguintes:

- Hemorragia intra-operatória, necessitando a infusão venosa de sangue. O uso do AAS e fumo acentuam os riscos.
- Não há garantia da retirada completa do tecido tumoral, em virtude de podere haver focos microscópicos do tumor.
- Hérnia e infecção da ferida operatória, que quando ocorrem, independem da técnica cirúrgica utilizada.
- Perfuração da pleura em decorrência das aderências do tumor ao diafragma, necessitando drenagem pleural concomitante.
- Perfuração do duodeno ou alças intestinais em virtude de aderências, necessitando sutura ou mesmo estomias (colocação para fora da barriga) do segmento perfurado.
- Embolia pulmonar (liberação de pequenos coágulos na circulação sangüínea).
- Lesões vasculares importantes, como a da veia cava e artéria aorta. Quando as mesmas possuem íntima relação com o tumor, podem ser lesionadas e por em risco a vida do paciente.

IV – O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso pode o uso do interferon com resultados pouco acalentadores. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a nefrectomia radical é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

V – Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiolista.

VI - Certifico que este formulário foi me explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi seu conteúdo.

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

Elaborador:	DR. RICARDO LYRA	
Aprovador:	DR. MIGUEL PORTO	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão: 04/04/2013	Revisão: 00	Data da Revisão: 04/04/2015

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

**MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar)**

- Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
- Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por se tratar de situação de EMERGÊNCIA.

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico CRM N°

\_\_\_\_\_  
Médico CRM N°

**REVOGAÇÃO:**

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Responsável legal: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Elaborador:	DR. RICARDO LYRA	
Aprovador:	DR. MIGUEL PORTO	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão: 04/04/2013	Revisão: 00	Data da Revisão: 04/04/2015