

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: NEFROSTOMIA

I – Autorizo ao médico _____ CRM N° _____ e/ou o seu assistente _____ CRM N° _____ a realizarem a realizar uma Nefrostomia a céu aberto, como forma de tratamento da insuficiência renal pós-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 02 (dois) dias e com uma sonda, onde drenará a urina do rim operado. Esta sonda poderá ser de uso por tempo indeterminado.

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.**
- **Hérnia e infecção da ferida operatória, que quando ocorrem, independem da técnica cirúrgica utilizada.**
- **Perfuração da pleura em decorrência das aderências do rim ao diafragma, necessitando drenagem pleural concomitante (colocação de um tubo plástico entre as costelas).**
- **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 sanguínea).**
- **Lesões vasculares importantes, como a da veia cava e artéria aorta. Embora raras, podem ocorrer quando os vasos possuem íntima relação com o rim, em virtude de aderências.**

IV - O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso seria a hemodiálise e/ou diálise peritoneal. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a nefrectomia simples 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