

	DIRETORIA MÉDICA – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO					
	Elaboração 04/04/2013	Efetivação 04/04/2013	Código: HEO.DME.DOC.041	Versão: 02	Página 1	
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO DE NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA						

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 LAPAROSCÓPICA

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 poder e 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 sanguínea).
- 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.

1. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

2. Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia, inclusive transfusão de sangue ou hemoderivados.

3. Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiológico.

4. Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO
Nome: DR. MIGUEL PORTO	Setor: DIRETORIA MÉDICA Nome: DRª. ERICA BATISTA
Assinatura/Data:	
Vigência: 03/10/2020	

	DIRETORIA MÉDICA – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO					
	Elaboração 04/04/2013	Efetivação 04/04/2013	Código: HEO.DME.DOC.041	Versão: 02	Página 2	
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO DE NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA						

5. Assim, declaro que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre meu tratamento e o procedimento que serei submetido, sendo-me prontamente respondidas e esclarecidas todas as minhas dúvidas. Todavia, tendo em vista que a natureza da prestação dos serviços médicos é de meio, estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado.

6. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Estou ciente também que no curso do procedimento cirúrgico, podem ocorrer ainda complicações relacionadas à anestesia: bradicardia; hipotensão arterial; parada cardio respiratória com possibilidade de intubação orotraqueal e conseqüente assistência ventilatória mecânica; lesões raqui medulares; rauiqualgia; anafilaxia e óbito. Pode haver necessidade de transfusão de sangue e/ou hemocomponentes, bem como internamento em UTI.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e ter sido atendido em dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresso meu pleno consentimento para sua realização.

Olinda (PE) _____ de _____ de _____. Hora: _____ : _____

Ass. Paciente e/ou Responsável
Nome: _____
RG/CPF: _____

Ass. Medico Assistente
Nome: _____
CRM: _____ UF: _____

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

Código de Ética Médica Resolução CFM N° 1931, 17 de Setembro 2009 – Art. 22º. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Código de Ética Médica Resolução CFM N° 1931, 17 de Setembro 2009 Art. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

REVOGAÇÃO:

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: _____ : _____

Paciente: _____

Responsável legal: _____ RG: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

ELABORAÇÃO Nome: DR. MIGUEL PORTO	APROVAÇÃO Setor: DIRETORIA MÉDICA Nome: DRª. ERICA BATISTA
Assinatura/Data:	
Vigência: 03/10/2020	