

PACIENTE:				ATENDIMENTO:	DATA: 26/08/2024
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:		UNIDADE:	TEMPO INTERN:
CONVÊNIO:			PLANO:		

- NEFRECTOMIA -

Por este instrumento, eu declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo (a) médico (a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

DIAGNÓSTICO:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

- NEFRECTOMIA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

NÃO

LATERALIDADE: DIREITA ESQUERDA BILATERAL NÃO SE APLICA

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A cirurgia de nefrectomia consiste na retirada total ou parcia do rim. Sua indicação se dá para melhorar o estado de saúde de um paciente cuja patologia apresenta algum grau de comprometimento do rim, como por exemplo litíase (cálculos) ou tumores.

Em casos oncológicos, pode ser necessário retirar linfonodos da região (linfadenectomia).

Esta cirurgia pode ser realizada por via aberta (corte) ou minimamente invasivas (laparoscopia ou robótica)..

Para garantir a perviedade e continuidade do escoamento da urina produzida nos rins, podem ser necessárias diversas técnicas, que internamente podem envolver sutura (anastomose) das vias de escoamento (rim, ureteres, bexiga, uretra), além da colocação de sonda vesical (sonda exteriorizada pela uretra), de catéteres duplo J ou de nefrostomia (que drenam a urina produzida nos rins diretamente para a bexiga ou para ambiente externo), ou confecção de orifício na pele (Bricker) para saída de urina, entre outras.

Sendo necessário o implante de cateteres no trato urinário durante o procedimento (como por exemplo o catéter duplo J ou sonda de nefrostomia), fui informado que o que o acompanhamento adequado posteriormente ao tratamento é imprescindível para evitar calcificação ou infecção dos cateteres, e que deverei manter esse acompanhamento adequadamente, sob minha responsabilidade.

Pode ser necessário a inserção de um dreno próximo ao local da cirurgia e conectado externamente a um recipiente para vigilância e saída de secreções, que costuma ser retirada após alguns dias.

Descrição adicional do procedimento:

NÃO

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tais medidas de suporte visam atingir melhor estabilidade clínica do paciente.

No caso do tratamento de tumores envolvendo a via urinária, o benefício envolve o tratamento oncológico, com exérese (retirada) da lesão visando menor incidência de complicações por progressão local e maior probabilidade de evitar surgimento/progressão de lesões à distância, com maior sobrevida e melhor qualidade de vida.

No caso de tratamento de casos associados a litíase (cálculos), temos como objetivo reduzir o risco de complicações por obstrução, infecção, dor e reduzir o risco de progressão da perda de função renal.

Benefícios esperados adicionais:

NÃO

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao (a) médico responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente.

Alternativas e consequências adicionais:

NÃO

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter à cirurgia na grande maioria das vezes é pessoal e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

Os possíveis riscos associados à cirurgia são:

1. Complicações locais da ferida operatória como acúmulo de líquido (seroma), inflamação, infecção, deiscência de pontos, dor ou dormência/alteração de sensibilidade regional, alteração cicatricial (cicatriz inestética, formação de quelóide, cicatriz hipertrófica, retração cutânea, etc). Estas condições podem requerer abertura de pontos, drenagem, tratamento medicamentoso ou novos procedimentos/cirurgias;

2. Sangramentos (hemorragias) que podem gerar hematomas superficiais ou profundos, necessitar de novos procedimentos cirúrgicos ou transfusão sanguínea;

3. Infecção local/sistêmica, podendo requerer antibioticoterapia e/ou novos procedimentos/cirurgias;

4. Lesões pelo uso de eletro-cautério ou outros dispositivos usados para cortar e coagular estruturas durante o ato cirúrgico;

5. Formação/recidiva de hérnias na parede abdominal;

6. Risco de lesões a estruturas intra-abdominais (como vasos, aparelho digestório, trato urinário ou outros órgãos), incluindo a possibilidade de fístulas, como saída de urina/conteúdo digestivo pela ferida operatória e consequente realização de ostomias (como colostomia ou nefrostomia). Estas lesões podem ocorrer no momento da punção/colocação do primeiro trocarte (para procedimentos minimamente invasivos) ou durante o ato cirúrgico;

PACIENTE:		ATENDIMENTO:	DATA: 26/08/2024
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:	UNIDADE:
CONVÊNIO:		PLANO:	TEMPO INTERN:

7. Abertura do diafragma com formação de pneumotórax que pode requerer uma drenagem cirúrgica (dreno de tórax) para a remoção do ar da cavidade torácica;

8. Pode ocorrer constatação da impossibilidade da remoção do rim durante a cirurgia ou da necessidade de retirada do rim inteiro, seja por acometimento da doença de base ou em situações de lesões grandes, sangramentos ou dificuldades técnicas;

9. Possibilidade de insuficiência renal no pós-operatório imediato ou tardio necessitando hemodiálise temporária ou definitiva;

10. Em casos oncológicos, não é possível afastar completamente a presença do câncer fora do rim, nem há garantia absoluta da cura do câncer, podendo haver necessidade de associar outro tratamento no futuro.

11. Riscos gerais como complicações relacionadas ao ato anestésico (a serem melhor esclarecidas pelo profissional anestesiologista), complicações de origem cardiovascular não diretamente associados ao ato cirúrgico, embolia gasosa, trombozes das veias profundas das pernas ou pulmão, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, arritmias cardíacas, choque vascular, parada cardiorrespiratória e morte súbita.

Estou ciente de que procedimentos minimamente invasivos (robô assistidos, vídeo-assistidos ou endoscópicos), por motivos técnicos ou relacionados ao paciente, podem ser convertidos a técnicas mais convencionais/invasivas, de modo parcial ou total, quando a técnica inicialmente proposta se mostre inviável ou de risco importante.

As complicações associadas a este procedimento/cirurgia, ainda que incomum ou raras, variam de lesões simples a mais complicadas aqui não descritas que podem requerer acompanhamento em unidade de terapia intensiva após a cirurgia.

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos de escolha para a atual condição clínica, porém pode não ser a cura para tal condição. Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Riscos potenciais adicionais:

NÃO

REABILITAÇÃO

Fui informado de que, após a cirurgia, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação.

Caso seja necessário a colocação de dreno/sonda/catéter Duplo J ou de Nefrostomia (entre outros), fui informado sobre uma previsão de permanência, porém somente na consulta de acompanhamento será possível definir com maior precisão por quanto tempo ele deverá ficar e quando deverei retirar o catéter implantado na cirurgia.

Estou ciente que processo de reabilitação pós-operatório é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais e do tratamento recebido, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações médicas para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica. O(A) médico(a) responsável discutiu e explicou as orientações de reabilitação.

Orientações adicionais de reabilitação:

NÃO

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento.

Esta autorização é dada ao/à médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s).

Autorizo Sim Não, a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura. Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

Tenho ciência de que a Rede D'Or promove o tratamento dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados) e adota medidas de segurança adequadas. Fui devidamente orientado(a) e incentivado(a) a acessar <https://rededorsaoluiz.com.br/o-grupo/privacidade> para obter acesso ao conteúdo integral da Política de Privacidade da Rede D'Or.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

ou

PACIENTE:				ATENDIMENTO:	DATA: 26/08/2024
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:		UNIDADE:	TEMPO INTERN:
CONVÊNIO:			PLANO:		

Paciente_____
Responsável

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento.

Representante / Responsável Legal:

Identidade:

Parentesco:

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, 26/08/2024 16:17:59