

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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):

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

URO - TRANSPLANTE RENAL: DOADOR DE RIM

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A doação renal em vida deverá ser livre de coerção e pressão. A doação renal em vida somente deverá ser realizada após avaliação do nefrologista e realização dos exames que comprovem que a ausência de um dos rins não trará prejuízos orgânicos e psíquicos ao doador, reservando ao doador a possibilidade de desistir do processo de doação a qualquer momento.

A cirurgia da doação renal em vida consiste na retirada de um dos rins (direito ou esquerdo) que foi previamente avaliado pela equipe de Nefrologia e Urologia (cirurgiões do Transplante Renal). Esta cirurgia será feita sob anestesia geral em centro cirúrgico. Poderá ser realizada por incisão aberta na região lateral do abdome, por videolaparoscopia ou por cirurgia robótica. A equipe de Urologia retirará o órgão com a(s) artéria(s), a(s) veia(s) e o(s) ureter(es), para que o órgão possa ser implantado no Receptor acima designado. Dentre as principais complicações podemos citar sangramento e formação de hematoma na loja renal, trombozes de vasos arteriais ou venosos, formação de coleção de linfa, necessidade de colocação de dreno, infecções de ferida cirúrgica com ou sem formações de abscessos; situações que podem prolongar o tempo cirúrgico ou necessitar de reabordagem cirúrgica. Os pontos cirúrgicos serão retirados de acordo com a orientação da equipe da Urologia.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

O Transplante Renal é considerado o procedimento de escolha para o paciente portador de Doença Renal Crônica avançada pois entre os benefícios podemos citar o aumento da expectativa e qualidade de vida para o paciente, bem como a possibilidade de não necessitar mais realizar diálise. De acordo com a literatura, o procedimento apresenta mais de 95% de probabilidade de êxito. Neste centro transplantador, a sobrevida do rim e do paciente que foi transplantado com rim proveniente de doador vivo é de 100% ao final do primeiro ano após transplante. Estes benefícios para o paciente RECEPTOR foram explicados cuidadosamente pela equipe, após minha livre

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

manifestação como possível doador. Declaro que recebi as informações necessárias quanto aos benefícios e as probabilidades de êxito deste exame/procedimento.

Benefícios esperados adicionais:

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. Foram apresentadas as alternativas de tratamento para o paciente RECEPTOR e, diante do cenário clínico, do conhecimento atual e da legislação vigente, foi colocada a possibilidade do transplante renal de doador vivo como alternativa possível de tratamento no momento.

Alternativas e consequências adicionais:

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.

As principais complicações da cirurgia são: infecções; fistulas urinárias; má cicatrização da ferida operatória; parada cardiorrespiratória e suas implicações, óbito e outras aqui não descritas.

E a longo prazo podem ser o desenvolvimento de doença renal crônica pelo surgimento de complicações inerentes a qualquer pessoa comum como processo de envelhecimento, ou por complicações associadas a comorbidades que podem surgir ao longo da vida, como: hipertensão arterial, diabetes ou outras doenças específicas do rim. Em caso de surgimento e progressão da doença renal crônica, há o risco de necessitar realizar diálise e transplante renal; esta possibilidade é rara e atinge menos de 1% dos doadores de rim. Muitas dessas complicações são passíveis de controle clínico e/ou cirúrgico.

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, de modo parcial ou total, quando a técnica inicialmente proposta se mostre inviável ou de risco importante.

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos de escolha para a condição clínica do RECEPTOR, 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:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO****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.

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:

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 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.

--

[] SIM [] NÃO - Autorizo 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.

--

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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.

Paciente OU **Responsável**

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

Nome: _____

RG: _____ Parentesco: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

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.

Assinatura e
Nome do Médico / CRM