

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTO RENAL

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Pront: \_\_\_\_\_ Atend: \_\_\_\_\_

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar uma **MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTO RENAL** (remoção de cisto renal através de cirurgia aberta convencional) como forma de tratamento do Cisto renal. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um dreno cirúrgico na incisão ou ao lado dela para saída de secreções e que será removido após alguns dias.

#### Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Necessidade de transfusão sangüínea durante ou após a operação.
2. Dor intensa no local da cirurgia requerendo o uso de medicamentos analgésicos potentes.
3. Necessidade de retirada de todo o rim durante a cirurgia (nephrectomia total).
4. Necessidade de deixar uma sonda saindo pela região lombar que terá a função de drenar a urina (nefrostomia).
5. Necessidade de deixar um cateter ureteral interno temporário (duplo J) que será retirado posteriormente por procedimento endoscópico.
6. Não há garantia da retirada de todo o cisto durante a cirurgia, requerendo posteriormente outras formas de tratamento.
7. Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula).
8. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
9. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
10. Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.
11. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a minha doença, mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a **MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTO RENAL** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

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

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, 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.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**