

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA NEFRECTOMIA RADICAL POR NEOPLASIA RENAL

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar uma NEFRECTOMIA RADICAL (remoção do rim através de cirurgia aberta convencional)) como forma de tratamento de provável NEOPLASIA 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 sanguínea durante ou após a operação.
2. Risco de lesão dos órgãos adjacentes durante a cirurgia devido aderências do rim.
3. Abertura do diafragma com formação de pneumotórax que pode requerer uma drenagem cirúrgica (dreno de tórax) para a remoção do ar da cavidade torácica.
4. Necessidade de deixar um cateter saindo pela região lombar.
5. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
6. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
7. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.
8. Possibilidade da não realização da cirurgia caso haja intercorrências intra-operatórias
9. Não há garantia absoluta da cura do câncer, podendo haver necessidade de tratamento futuro.
10. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
11. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
12. Possibilidade de haver hérnia incisional e sensação de dormência em torno do acesso cirúrgico.

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 nefrectomia radical 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.