

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE CISTO RENAL.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr _____ e/ou os seus assistentes a realizar o TRATAMENTO CIRÚRGICO VIDEOLAPAROSCÓPICO do cisto renal através de marsupialização do mesmo e ressecção de sua parede, como forma de tratamento do Cisto Simples do Rim. Como resultado desta operação poderei ter a necessidade de permanecer com um cateter de drenagem da urina, exteriorizada na incisão cirúrgica ao lado dela (nefrostomia cutânea) que será retirada alguns dias após a cirurgia ou ainda um cateter interno (duplo J) que será retirado posteriormente por procedimento endoscópico. Estou também ciente que o procedimento cirúrgico poderá não corrigir eventuais dores supostamente oriundas do cisto.

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 no local da cirurgia requerendo o uso de medicamentos analgésicos.
3. Necessidade de retirada de todo o rim durante a cirurgia (nephrectomia total) ou parte dele (nephrectomia parcial).
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. Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula).
7. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
8. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
9. Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.
10. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.
11. Possibilidade de enfisema subcutâneo (acúmulo de gás sob a pele).
12. Possibilidade de traumas vasculares na parede abdominal podendo levar a hematoma
13. Possibilidade de traumas vasculares intra abdominais no momento da punção, na colocação do primeiro trocarte ou no intra operatório.
14. Possibilidade de lesões no aparelho digestório no momento da punção.
15. Possibilidade de lesões no trato urinário entre elas ureter por aderências ou sangramento.
16. Possibilidade de conversão para cirurgia aberta devido dificuldade técnica ou sangramento.
17. Podem ser requeridos procedimentos adicionais para tratamento de eventuais complicações.
18. Ainda que extremamente rara pode ocorrer embolia gasosa (gás dentro dos vasos sanguíneos).

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 o cálculo ureteral mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o tratamento videolaparoscópico do 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: _____

Nome: _____ R.G.: _____

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.