DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ESCLEROSE DE QUISTO RENAL E/OU LINFOCELE

HOSPITAL / CLÍNICA: _____ Processo: _____

NOME DO MÉDICO: _____ Cédula Profissional: _____

DADOS DO DOENTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.°: _____

Residente em : _____

DADOS DO REPRESENTANTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.°: _____

Residente em: _____

Na Qualidade de: _____

1.- Através deste procedimento pretende-se eliminar um quisto que pode originar alterações do rim e conseguir evitar os possíveis problemas que tal possa vir a originar.

A realização do procedimento pode ser captada em imagens para fins científicos ou didácticos.

2.- O médico explicou-me que o procedimento requer a administração de anestesia e que é possível que, durante ou depois da intervenção, seja necessária a utilização de sangue e/ou seus derivados, de cujos riscos irei ser informado pelos Serviços de Anestesiologia e Hemoterapia. Poderá ser utilizado Raios X como complemento do procedimento.

3.- Através desta técnica, realiza-se uma punção da cavidade (quisto ou linfocele), sob anestesia local e introduz-se um pequeno catéter, através do qual se esvazia o seu conteúdo e se introduzem substâncias esclerosantes. Estas substâncias actuam sobre o interior da parede do quisto, impedindo ou procurando impedir uma nova formação de líquido.

As substâncias mais utilizadas são *Betadine*, tetraciclinas e derivados do álcool.

Habitualmente, deixa-se o catéter durante uns dias (pelo que poderei estar em regime ambulatório), para repetir a injecção da substância e comprovar os resultados, sendo por fim retirado o catéter. Até então, deverei evitar traccionar o catéter, que poderia levar ao seu arrancamento, com as queixas e complicações subsequentes.

4.- Compreendo que, apesar da adequada escolha da técnica e da sua correcta realização, podem aparecer efeitos indesejáveis, tanto os comuns derivados de toda a intervenção, e que podem afectar todos os órgãos e sistemas, como outros específicos do procedimento: hemorragia, infecção nos seus diversos graus, ainda que habitualmente ligeira e de fácil tratamento, punção de vísceras ou ansas intestinais, que podem exigir cirurgia correctiva e persistência total ou parcial do quisto ou linfocele.

O médico explicou-me que estas complicações habitualmente se resolvem com tratamento médico (medicamentos, soros...) no entanto podem levar à necessidade de uma intervenção, por vezes de urgência, incluindo um risco de mortalidade.

5.- O médico explicou-me que, para a realização desta técnica, pode ser necessária uma preparação prévia, por vezes com algumas particularidades, tais como (nota do médico) _____

_____

_____

_____

embora possa ser possível a sua realização sem uma preparação completa.

Também me explicou a necessidade de o avisar sobre as minhas eventuais alergias medicamentosas, alterações da coagulação, doenças cardiopulmonares, existência de próteses, *pacemaker*, medicação actual ou qualquer outra circunstância.

Devido à minha situação actual (diabetes, obesidade, hipertensão, anemia, idade avançada...) pode existir um aumento da frequência ou da gravidade dos riscos ou complicações, tais como (nota do médico)

_____

_____

_____

_____

6.- O médico explicou-me que as alternativas possíveis são a quistectomia aberta, a quistectomia endoscópica percutânea e a marsupialização aberta ou laparoscópica do linfocele, mas que, no meu caso, a alternativa mais indicada é a esclerose do quisto renal e/ou linfocele.

Compreendi todas as explicações que me foram dadas, numa linguagem clara e simples, e o médico que me atendeu permitiu-me expor-lhe todas as questões e clarificar todas as minhas dúvidas.

Também compreendo que, em qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação, posso revogar o consentimento que agora disponibilizo.

Desta forma, declaro que estou satisfeito com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Nestas condições,

CONSINTO e AUTORIZO
Que me seja realizada ESCLEROSE DE QUISTO RENAL E/OU LINFOCELE

Local: _____ Data: ____/____/_____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____