

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA

HOSPITAL / CLÍNICA: _____ Processo: _____

NOME DO MÉDICO: _____ Cédula Profissional: _____

DADOS DO DOENTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em : _____

DADOS DO REPRESENTANTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em: _____

Na Qualidade de: _____

- 1.- Através deste procedimento pretende-se a eliminação total ou parcial dos cálculos do rim doente, assim como a resolução dos sintomas e a prevenção das possíveis complicações originadas pelos cálculos.

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

- 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. Habitualmente são utilizados Raios X como complemento do procedimento.

- 3.- Através desta técnica extraem-se os cálculos renais por meio de um nefroscópio que é introduzido no rim através de um pequeno orifício na pele da região lombar. Se os cálculos têm dimensões superiores ao orifício do nefroscópio, é necessário parti-los previamente através de litotricia intracorporal ultrassónica, hidráulica, pneumática, laser, etc. Tem indicações muito precisas, substituindo a cirurgia aberta clássica.

Sei que a sua realização exige anestesia geral ou regional e que, para a total eliminação do cálculo, em alguns doentes, este procedimento deve ser complementado com sessões posteriores de litotricia extracorporal com ondas de choque ou com cirurgia.

O médico informou-me que, em caso de insucesso da técnica, o cirurgião pode decidir resolver o quadro por cirurgia aberta, no mesmo acto cirúrgico, para o que também dou o meu consentimento.

O médico informou-me também que o procedimento termina com a colocação de uma sonda no rim, exteriorizada através do orifício praticado na região lombar, mantendo-se durante alguns dias.

- 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: não conseguir a extracção dos cálculos ou ocorrer a recidiva dos mesmos; infecção do rim e da via urinária; hemorragia, tanto no decorrer da exploração como no pós-operatório, de consequências imprevisíveis; perfuração da via urinária, que pode exigir o uso de catéteres internos ou externos para resolver esta ocorrência; complicações traumáticas de estruturas próximas ao rim: perfuração de ansas intestinais, traumatismos viscerais e lesões pleurais; ocorrência de fístula arterio-venosa renal; complicações e problemas relacionados com a técnica de litotricia, ultrassónica, hidráulica, pneumática, laser, etc; insuficiência renal; tromboembolismos venosos profundos ou pulmonares, cuja gravidade depende da intensidade do quadro; hemorragias digestivas, que são pouco frequentes mas que podem existir, ainda que se tomem medidas profiláticas, cuja gravidade depende da sua intensidade.

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

O médico explicou-me que estas complicações habitualmente se resolvem com tratamento médico (medicamentos, soros...) no entanto podem levar à necessidade de uma reintervenção, 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 a alternativa é a nefrolitotomia percutânea e o tratamento com ondas de choque, mas que, no meu caso, a alternativa terapêutica mais indicada é a cirurgia.

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 NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA

Local: _____ Data: ____/____/____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____