

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PIELO / NEFROLITOTOMIA

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 eliminar os cálculos localizados no rim afectado, resolver os sintomas e prevenir as possíveis complicações originadas pelos cálculos.

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, que é de cirurgia aberta, são extraídos os cálculos renais. No caso destes estarem alojados na pélvis renal, falamos de pielolitotomia, enquanto que, no caso de cálculos ramificados que ocupam por completo o sistema colector intra-renal, falamos de nefrolitotomia, com abordagem trans-parenquimatosa.

- 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 de todos os cálculos (tornando necessária a realização de tratamentos complementares subsequentes, fundamentalmente litotricia extra-corporal); litíase recidivante; desenvolvimento de estenose da união pielo-ureteral por fibrose; atrofia do parênquima renal, com perda parcial ou total da sua função; formação de fístulas, que originam acumulações de líquido no espaço peri-renal (que irão necessitar o correspondente tratamento); infecções do rim (pielonefrite, abscessos renais, piodenofrose, perinefrite), que podem originar complicações infecciosas generalizadas (bacteriemia e septicemia); hemorragia incoercível, tanto no acto cirúrgico como no pós-operatório, cujas consequências são muito diversas, dependendo do tipo de tratamento que seja necessário e que oscila desde uma gravidade mínima até à possibilidade de morte, como consequência directa da hemorragia ou por efeitos secundários dos tratamentos utilizados; complicações da ferida cirúrgica, infecção, nos seus diferentes graus de gravidade, deiscência da sutura (abertura da ferida) que pode exigir intervenção secundária, fístulas temporárias ou permanentes, alterações estéticas originadas por alguma das complicações anteriores ou processos cicatriciais anómalos, intolerância aos materiais de sutura, que pode chegar a exigir reintervenção para a sua extracção; nevralgias, hiperestesia (aumento da sensibilidade) ou hipoestesia (diminuição da sensibilidade); eventração (saída do intestino através da ferida), que pode exigir uma intervenção secundária; tromboembolismos venozos profundos ou pulmonares, cuja gravidade depende da intensidade do quadro; hemorragias digestivas, que são invulgares, mas podem ocorrer, ainda que se tomem medidas profilácticas e cuja gravidade depende da sua intensidade.

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 são a litotricia com ondas de choque e a cirurgia aberta clássica, mas que, no meu caso, a opção terapêutica mais indicada é a nefrolitotomia percutânea.

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 PIELO / NEFROLITOTOMIA

Local: _____ Data: ____/____/____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____