DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA ABERTA

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: (nota do médico)

_____

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 após a intervenção, seja necessária a utilização de sangue e/ou seus derivados de cujos riscos serei informado pelos Serviços de Anestesia e Hemoterapia. Poderá ser utilizado electrobisturí, Raios-X, ou outra tecnologia apropriada ao procedimento. São utilizados medicamentos e soros complementares do procedimento.

O pós-operatório previsto no Hospital é de aproximadamente _____dias, podendo todavia prolongar-se se surgirem complicações, e, durante este tempo vão sendo retirados os soros, as sondas, as drenagens e os pontos quando o médico considerar oportuno. A seguir à alta hospitalar haverá um período de convalescença em que são possíveis algumas alterações e complicações e em que serão necessários cuidados, que o médico me explicou, e um seguimento em consulta

3.- O médico explicou-me que esta intervenção consiste em: (nota do médico) _____

_____

pelos motivos e com a finalidade de: (nota do médico) _____

_____

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 ou sistemas, como outros específicos do procedimento:

a) não ser possível realizar, no todo ou em parte, a intervenção programada;
b) manutenção da sintomatologia, apesar da correcta intervenção;
c) complicações gerais ou locais da anestesia utilizada;
d) dores, apesar da anestesia ou analgesia utilizada;
e) complicações gerais ou locais da utilização de soros e de sangue e/ou seus derivados;
f) disfuncionamentos pós-operatórios temporários intestinais e/ou vesicais;
g) derrames e hemorragias, tanto durante o acto cirúrgico como no pós-operatório, cujas consequências são muito diversas, dependendo do tipo de tratamento que seja necessário efectuar, oscilando desde uma gravidade mínima até à possibilidade de morte, em consequência directa da hemorragia ou por efeitos secundários dos tratamentos efectuados;
h) infecções, apesar da eventual profilaxia antibiótica utilizada, da ferida cirúrgica, do(s) órgão(s) intervido(s), da loca cirúrgica, de outros órgãos, urinárias, generalizadas, com eventual formação de abcessos e/ou septicémia;
i) lesões não esperadas do(s) órgão(s) intervido(s) ou dos órgãos anexos nomeadamente vasos e nervos e órgãos e estruturas vizinhas ou que estão no acesso cirúrgico, de efeitos e consequências muito variadas;

j) complicações relacionadas com a cicatrização, derrames, abcessos, deiscências de suturas ("aberturas de costuras") com eventual saída de órgãos, fístulas, intolerância aos materiais de sutura, processos cicatriciais anómalos externos ou internos, com fibroses, estenoses, defeitos estéticos, nevralgias, hiperestesia – aumento da sensibilidade – ou hipostesia – diminuição da sensibilidade;
k) complicações resultantes da abertura da cavidade abdominal, peritoneais, retroperitoneais, ginecológicas, intestinais, hepáticas, pancreáticas, esplénicas;
l) complicações resultantes da abertura da cavidade torácica, se for este o caso, pleurais, pulmonares, cardiovasculares;
m) tromboembolismos (coágulos de sangue) venosos e/ou pulmonares e complicações cardiovasculares, apesar da eventual profilaxia utilizada, cuja gravidade depende da intensidade do quadro mas que podem levar à morte;
n) hemorragias digestivas, que são invulgares mas que podem existir, cuja gravidade depende da sua intensidade.

Alguns procedimentos cirúrgicos urológicos, conforme o(s) órgão(s) intervido(s), acarretam um risco de insuficiência renal, fístulas urinárias, estenoses (apertos) dos vários canais urinários, disfunções miccionais com eventual retenção ou incontinência urinária e disfunções sexuais.

Relativamente à Cirurgia Aberta _____,

para além dos efeitos indesejáveis e complicações referidas, são ainda de referir a possibilidade de: (nota do médico) _____

_____

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, envolvendo 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 ou outras, existência de próteses, *pacemaker*, medicações actuais ou qualquer outra circunstância que julgue relevante.

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(s) alternativa(s) é(são): (nota do médico) _____

_____

mas que, no meu caso, a alternativa terapêutica mais indicada é este procedimento de Cirurgia Aberta.

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 procedimento.

Nestas condições,

CONSINTO E AUTORIZO
Que me seja realizada CIRURGIA ABERTA

Local: _____ Data: ____/____/_____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____