DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA

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 aumentar o calibre da união pielo-ureteral resolvendo desse modo o problema do seu estreitamento.

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

2.- O médico explicou-me que o procedimento laparoscópico é efectuado com instrumentos ou aparelhos que se introduzem no abdómen e/ou retroperitoneu através de orifícios artificialmente criados, sendo manipulados pelo cirurgião. O procedimento é efectuado com irrigação ou introdução de gás no abdómen ou retroperitoneu e com iluminação e visão através de instrumentos ópticos (endoscópios) e com eventual recurso a técnicas de imagem e informáticas. Poderá ser utilizada a mão do cirurgião como complemento do procedimento ("cirurgia laparoscópica ajudada pela mão"). 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 utilizada tecnologia sofisticada apropriada consoante o procedimento, correntes electrodiatérmicas, Raios-X, laser, litotrícia, robots, etc. 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 e as drenagens 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 resolver a estenose ou estreitamento pielo-ureteral ou seja, um aperto da região por onde a urina passa do rim para o uréter, excisando a zona estreitada e reconstruindo essa parte do aparelho urinário, pelos motivos e com a finalidade de evitar a dificuldade da urina em sair do rim provocando dor, infecção, formação de cálculos, dilatação renal e perda progressiva da sua função.

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: não ser possível realizar, no todo ou em parte, a intervenção programada, ou ter que efectuá-la por cirurgia aberta; complicações do procedimento podendo ser necessário finalizar a intervenção com a excisão do rim, ou para evitar esta, com uma derivação cutânea da urina; manutenção da sintomatologia, apesar da correcta intervenção; complicações gerais ou locais da anestesia utilizada; dores, apesar da anestesia ou analgesia utilizada; complicações gerais ou locais da utilização de soros e de sangue e/ou seus derivados; complicações gerais ou locais derivadas do líquido utilizado para irrigação ou do gás, nomeadamente as provocadas pela sua absorção, que podem ser de intensidade variável, oscilando desde cefaleias e confusão até ao choque e morte; complicações gerais ou locais derivadas da utilização de tecnologias, correntes electrodiatérmicas, Raiox-X, laser, litotrícia, robots, etc., de natureza e intensidade variável; disfuncionamentos pós-operatórios temporários intestinais e/ou vesicais; 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; infecções, apesar da eventual profilaxia antibiótica utilizada, do(s) órgão(s) intervido(s), da loca cirúrgica, de outros órgãos, urinárias, peritoneais, retroperitoneais, abdominais, torácicas e generalizadas, com eventual formação de abcessos e/ou septicemia; lesões ou perfurações, na laparoscopia e cirurgia laparoscópica, nas vias de acesso, das estruturas em que se está a intervir (rim, bacinete, uréter) ou das estruturas vizinhas, nomeadamente vasos, nervos e intestino, outros órgãos retroperitoneais, abdominais e torácicos, de efeitos e consequências muito variadas; complicações secundárias à abertura da cavidade abdominal e do peritoneu e eventualmente da cavidade torácica e do preenchimento dessas cavidades com gás; passagem do gás para outros locais incluindo a circulação com formação de embolias gasosas, potencialmente graves, e o tecido subcutâneo com aparecimento de enfisema subcutâneo; complicações relacionadas com a cicatrização do local da cirurgia ou provocadas pelo acesso a esse local, nomeadamente fibroses, estenoses (apertos) e fístulas; 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; hemorragias digestivas, que são invulgares mas que podem existir, cuja gravidade depende da sua intensidade.

Relativamente à Pieloplastia Laparoscópica, 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 as alternativas são procedimentos endo-urológicos ou pieloplastia por cirurgia aberta, ou a nefrectomia, mas que, no meu caso, a alternativa terapêutica mais indicada é este procedimento de Pieloplastia Laparoscópica.

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 PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA

Local: _____ Data: ____/____/_____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____