

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Nome do Médico: _____ Nº CRM: _____

Qualificação do Paciente:

Nome: _____
Nascido em ___/___/___ CPF.: _____

Qualificação do Responsável Legal: (Na hipótese de paciente menor de idade ou incapaz de manifestar sua vontade)

Nome: _____
Endereço: Logradouro: _____ Nº: _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Município: _____ UF: _____
CPF: _____ RG: _____

Por meio do presente instrumento, o médico informa e esclarece o paciente quanto ao diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento; além de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal para a realização de todos os procedimentos necessários, atendendo assim os arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica¹, os arts. 6º, inc. III, e 9º da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor)² e art. 15 da Lei 10.406/2002 (Código Civil)³.

Declaro para os devidos fins que fui previamente informado(a) sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento cirúrgico designado DE “**NEFRECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA**” (remoção do rim através de cirurgia laparoscópica) como forma de tratamento de complicações oriundas do rim não funcionante (exclusão renal). O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação poderei permanecer com um dreno cirúrgico na incisão ou ao lado dela para saída de secreções e que será removido posteriormente após alguns dias. Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Necessidade de transfusão sangüínea durante ou após a operação. 2. Risco de lesão dos órgãos adjacentes durante a cirurgia devido aderências do rim. 3. Abertura do diafragma com formação de pneumotórax que pode requerer uma drenagem cirúrgica. (dreno de tórax) para a remoção do ar da cavidade torácica. 4. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia. 5. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento. 6. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada. 7. Possibilidade de enfisema subcutâneo (acúmulo de gás sob a pele). 8. Possibilidade de traumas vasculares na parede abdominal podendo levar a hematoma. 9. Possibilidade de traumas vasculares intra abdominais no momento da punção, na colocação do primeiro trocarte ou no intra operatório. 10. Possibilidade de lesões no aparelho digestório no momento da punção. 11. Possibilidade de conversão para cirurgia aberta devido dificuldade técnica ou sangramento. 12. Podem ser requeridos procedimentos adicionais para tratamento de eventuais complicações. 13. Ainda que extremamente rara pode ocorrer embolia gasosa (gás dentro dos vasos sanguíneos). 14. Dor no local da cirurgia requerendo o uso de medicamentos analgésicos. 15.

Pode haver necessidade de utilização de algum tipo de diálise no futuro, devido incapacidade do rim remanescente eventualmente não suprir as necessidades fisiológicas. Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento.

Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado. Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
---------------------------	---	----------------------------------	----------------------------------



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA

comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento. O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a minha doença mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a nefrectomia videolaparoscópica é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20____
às _____ horas e _____ minutos

1ª Via: Médico responsável | 2ª Via: Hospital Belo Horizonte | 3ª Via: Paciente / Responsável Legal

_____ Assinatura do Paciente ou seu Responsável Legal	_____ Assinatura do Médico Responsável
_____ Assinatura da 1ª Testemunha CPF: _____	_____ Assinatura da 2ª Testemunha CPF: _____

Hipótese de Emergência – Impossibilidade de obter o Consentimento Informado

Declaro que, devido ao estado clínico emergencial do paciente, não foi possível seguir com o procedimento de Consentimento Informado. No esforço de afastar os riscos à vida do paciente, tomei os cuidados necessários, incluindo-se a transfusão de hemocomponentes e hemoderivados, com base em avaliação técnica.

Médico responsável: _____

CRM nº: _____

Assinatura: _____

Do Código de Ética Médica: É vedado ao médico: Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

É vedado ao médico: Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor): Art. 6º São direitos básicos do consumidor: **III** - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; [...]

Art. 9º O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Da Lei 10.406/2002: Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
--------------------	--------------------------------------	---------------------------	---------------------------

