

**Paciente:****Data de nascimento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**Prontuário:****Nome da mãe:****Definição:**

Expliquei ao(à) paciente que a nefrectomia consiste na remoção cirúrgica de parte do rim (nefrectomia parcial) ou de todo o rim (nefrectomia total), realizada por via aberta, laparoscópica ou robótica, conforme indicação clínica. A finalidade pode incluir tratamento de tumor renal, dano irreversível, controle de hemorragia, infecção grave ou outras patologias renais. A técnica prevista é: ( ) parcial ( ) total ( ) via aberta ( ) laparoscópica ( ) robótica. Motivo/indicação específica:

.

**Complicações e Riscos:**

- Sangramento intraoperatório ou pós-operatório, podendo necessitar transfusão ou reintervenção;
- Infecção da ferida operatória, infecção intra-abdominal ou sepse;
- Lesão de estruturas adjacentes (intestino, baço, fígado, pâncreas, vasos sanguíneos, nervos) com possível necessidade de tratamento adicional;
- Insuficiência renal aguda ou crônica, especialmente se houver comprometimento do rim contralateral, podendo requerer diálise;
- Fístula urinária ou extravasamento de urina;
- Trombose venosa profunda, embolia pulmonar, eventos cardíacos ou respiratórios;
- Complicações relacionadas à anestesia;
- Dor crônica, cicatrização insatisfatória ou hérnia incisionais;
- Necessidade de conversão de técnica minimamente invasiva para cirurgia aberta;
- Reoperação por hemorragia, infecção ou outras complicações;
- Perda completa da função renal do lado operado (no caso de nefrectomia parcial pode ocorrer perda da porção remanescente);
- Formação de coleções/abscessos ou obstrução do trato urinário;
- Risco de transfusão sanguínea e suas complicações;
- Risco de recorrência da doença subjacente (ex.: neoplasia) mesmo após remoção;
- Possibilidade de necessidade de tratamentos adicionais (quimioterapia, radioterapia, intervenções) dependendo da patologia;
- Riscos inerentes e imprevisíveis, inclusive complicações raras e graves que podem levar a incapacidade permanente ou óbito.

**Declaração do Paciente:**

1. Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados a Nefrectomia (parcial ou total) bem como da realização de procedimentos ao(s) qual(is) será submetido o paciente, complementando as informações prestadas pelo médico responsável e pela equipe de colaboradores da SCMSSP;
2. Estou ciente que a Nefrectomia (parcial ou total) é a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do paciente. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições;
3. Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar prejuízo nos resultados normalmente esperados;
4. Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente;
5. Declaro que foram observadas todas as orientações prévias e necessárias para a realização do procedimento, bem como declaro que foram fornecidas todas as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações;
6. Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e

possíveis decorrentes deste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes;

7. Entendo que não há garantias de resultados, porque o sucesso da cirurgia depende de múltiplos fatores, incluindo características individuais do paciente, tipo de lesão, qualidade do tecido, adesão ao tratamento e fatores não controláveis pela equipe médica, sendo que, mesmo com a cirurgia bem-sucedida, os resultados podem se modificar com o tempo, podendo necessitar de procedimentos adicionais no futuro;

8. Declaro estar ciente de que o não cumprimento das orientações médicas pós-operatórias pode comprometer significativamente o resultado da cirurgia, podendo resultar em: dor crônica ou necessidade de nova intervenção cirúrgica, isentando a equipe médica e a instituição de responsabilidade por resultados inadequados decorrentes do não seguimento das prescrições;

9. Comprometo-me a comparecer pontualmente a todas as consultas de retorno agendadas e a comunicar imediatamente à equipe médica qualquer intercorrência, anormalidade ou complicação que venha a apresentar no período pós-operatório;

10. Declaro compreender que, durante o procedimento cirúrgico, podem surgir situações imprevistas que exijam procedimentos adicionais, modificações da técnica planejada ou uso de materiais alternativos, autorizando a equipe médica a tomar todas as decisões que julgar necessárias para minha segurança e melhor resultado terapêutico.

11. Autorizo o registro fotográfico, em vídeo ou outros meios, do procedimento cirúrgico e evolução pós-operatória, exclusivamente para fins médicos, científicos, educacionais ou de documentação no prontuário, garantindo-se a preservação da minha identidade.

12. Consinto com a utilização dos dados clínicos relacionados ao meu caso para fins de pesquisa científica e estatística,

desde que preservada minha identidade e mantido o sigilo médico;  
13. Declaro ter sido informado sobre a possibilidade de necessidade de procedimentos cirúrgicos futuros relacionados ou

não à presente cirurgia, incluindo revisões, reparos ou tratamento de complicações;  
14. Li o presente termo e recebi os esclarecimentos necessários de forma compreensível pelo médico responsável e

equipe;  
15. Fui informado sobre o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização

do procedimento proposto;

16. Fui informado, ainda, que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do

17. Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, AUTORIZO a realização da Nefrostomia (parcial ou total).

**TERMO DE REVOCAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)**

**TERMO DE REVOGAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)**  
Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de REVOGAR este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

( ) Paciente ( ) Responsável

( ) Paciente ( ) Responsável Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_ Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL

**DEVE SER PREENCHIDO PELO MEDICO RESPONSAVEL**  
Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico:

Assinatura: CRM-MG:

## TESTEMUNHAS

### 1<sup>a</sup> Testemunha

Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



CPF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA QUE DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA AO HOSPITAL**

- Todos os documentos pessoais.
- Exames realizados.
- Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou guia do plano de saúde autorizada;
- Avaliação Pré-anestésica;
- Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.

**ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
  - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muita pouca água;
  - Diabético, NÃO TOMAR os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
  - Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros;
  - Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.
- Em caso de febre ou mal-estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- A remoção dos pelos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

**CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS**

- É muito importante a conscientização e, se possível, a CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES para o banco de sangue do HEMOMINAS.
- Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação.
- Qualquer dúvida, pergunte ao seu médico.
- Para mais informações e doações, entre em contato com a Unidade do Hemominas de São Sebastião do Paraíso.

São Sebastiao do Paraíso - MG \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável

CPF: