



TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CISTECTOMIA PARCIAL

DADOS DO PACIENTE

Sr./Sra.: _____

CPF N.º: _____

Residente em: _____

DADOS DO REPRESENTANTE

Sr./Sra.: _____

CPF N.º: _____

Residente em: _____

Na Qualidade de: _____

1. Através deste procedimento pretende-se eliminar a parte afetada (doente) da bexiga e obter a resolução dos sintomas originados pela doença da abexiga.

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

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.

3. Através desta técnica cirúrgica, procede-se a extirpação parcial da bexiga, geralmente indicada para tratar um tumor maligno, com intenção curativa ou paliativa. O médico explicou-me que a técnica pode exigir, por vezes, o reimplante dos ureteres e pode acompanhar-se de linfadenectomia pélvica uni ou bilateral.

O pós-operatório normal é prolongado e, durante esse tempo, vão sendo retiradas as sondas ou drenagens, quando o médico o considerar oportuno.

4. Compreendo que, apesar da adequada escolha da técnica e da sua correta realização, podem aparecer efeitos indesejáveis, tanto os comuns derivados de toda a intervenção, e que podem afetar todos os órgãos e sistemas, como outros específicos do procedimento: não conseguir a extirpação do tumor da bexiga e ter que recorrer a uma cistectomia radical ou a abster-se de atuação cirúrgica; persistência total ou parcial da sintomatologia prévia; hemorragia incoercível, tanto durante o ato cirúrgico como no pós-operatório, cujas consequências podem ser muito diversas, por efeito direto ou por efeito dos tratamentos utilizados; fistulas urinarias dependentes da cistectomia ou do reimplante dos ureteres, se este for efetuado, que podem requerer uma manipulação endoscopia, endo-urológica ou uma nova intervenção; paresia intestinal de maior ou menor duração e complicações próprias da abertura do peritônio, se esta for necessária (obstrução intestinal que exija reintervenção, com resultados imprevisíveis, que podem chegar até a morte, peritonite); complicações da ferida cirúrgica (infecção com diferentes gravidades, deiscência de sutura – abertura – e até mesmo eventração – saída de alças intestinais – que podem exigir nova intervenção, fistulas permanentes ou temporárias, defeitos estéticos devidos a alguma das anteriores complicações ou processos cicatriciais anômalos, intolerância aos materiais de sutura que pode chegar a exigir reintervenção para sua extração, nevralgias, hiperestesia – aumentos da sensibilidade – ou hipoestesia – diminuição da sensibilidade); problemas relacionados com a linfadenectomia, ainda que dentro do mesmo ato cirúrgico (lesões vasculares graves – artérias ilíacas, hipogástricas – lesões venosas, que podem originar hemorragias importantes, lesões

ureterais, secção do nervo obturador, linfocele com possibilidade de sobre infecção); tromboembolismos venosos e/ou pulmonares, cuja gravidade depende da intensidade do quadro e hemorragias digestivas, que são invulgares mas podem existir, ainda que sejam tomadas medidas profiláticas e cuja gravidade depende da sua intensidade.

O médico explicou-me que estas complicações habitualmente se resolvem com tratamento médico (medicamentos, soros...) no entanto podem levar a necessidade de uma reintervenção, por vezes de urgência, incluindo um risco de mortalidade.

5. O médico explicou-me que, para a realização desta técnica, pode ser necessária uma preparação previa, 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 atual ou qualquer outra circunstância.

Devido a minha situação atual (diabetes, obesidade, hipertensão, anemias, 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 também seria possível proceder a uma ressecção transuretral, radioterapia ou quimioterapia, que são habitualmente complementares a cistectomia; na minha situação atual, a cistectomia parcial e a alternativa terapêutica mais indicada.

- 6.1 Recebi todas as informações quanto ao procedimento a que serei submetido (a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas;
- 6.2 Estou ciente que poderei apresentar reações de maior ou menor intensidade devido ao procedimento e que apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos, podem surgir situações imprevisíveis e fortuitas;
- 6.3 Foi-me dada oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas e que não restou nenhuma dúvida ou esclarecimento a ser feito;
- 6.4 Recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada à oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse;
- 6.5 Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o (s) procedimento (s), objeto deste documento, se realize (m).

CONSINTO e AUTORIZO
Que me seja realizada CISTECTOMIA PARCIAL

Local: _____ Data: __/__/__

O Paciente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____



Eu, _____, CRM/COREN: _____, atesto que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seus familiar (es) ou responsável (eis), o propósito, os benefícios e os riscos do procedimento, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e confirmado, até o momento de sua realização.

Assinatura profissional médico (a) ou enfermeiro (a)

