

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### EXCIÇÃO DE LESÃO RETROPERITONEAL

Situação clínica:

#### Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

Esta cirurgia consiste na remoção de uma lesão do retroperitoneu, que é um espaço virtual que se situa por trás dos órgãos abdominais. Poderá ser realizada por via aberta ou laparoscópica, consoante critérios clínicos ou anatómicos.

Habitualmente realiza-se para a remoção de lesões malignas ou benignas, em situações nas quais se perceba que a sua remoção trará benefícios para o doente.

#### Benefícios:

Consoante o tipo de lesão a remover. Estes terão sido discutidos em pormenor com o médico assistente do doente e incluem:

#### Complicações relacionadas com o procedimento:

- Ileus paralítico – atraso no início do trânsito intestinal
- Linfocelo (colecção de linfa) com necessidade de drenagem
- Hemorragia peri operatória com necessidade de transfusão
- Conversão para cirurgia aberta
- Reoperação para tratamento de complicações
- Tromboembolismo venoso
- Lesão neurológica – desde neuropraxia limitada (lesão temporária reversível de nervos sensitivos ou motores) até paraplegia
- Lesão intestinal, urinária ou de grandes vasos, com necessidade de reconstrução ou de excisão de estruturas
- Dificuldade respiratória no pós-operatório

#### Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

À parte o tratamento conservador, estes dependem da natureza da lesão. Incluem:

#### Riscos do não tratamento:

Em caso de doença oncológica, progressão da doença, que poderá traduzir-se por crescimento local e à distância, resultando eventualmente na morte.

Em caso de doença não oncológica, em complicações relacionadas com a manutenção da situação clínica, ou com o crescimento local.

**Serviço de Urologia e Transplantação Renal**

**Director: Prof. Arnaldo Figueiredo**

**Parte declarativa do profissional**

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura, número de cédula profissional ou número mecanográfico (se não aplicável a primeira disposição): \_\_\_\_\_

Unidade de saúde: \_\_\_\_\_ Contato institucional do profissional de saúde: \_\_\_\_\_

**À Pessoa/representante**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assinie este documento.

**Parte declarativa da pessoa que consente:**

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: \_\_\_\_\_

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

**SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE** (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima):

NOME: \_\_\_\_\_

DOC. IDENTIFICAÇÃO Nº \_\_\_\_\_ DATA OU VALIDADE \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**NOTA: ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUAS VIAS – UMA PARA O PROCESSO E OUTRA PARA FICAR NA POSSE DE QUEM CONSENTE.**

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### EXCIÇÃO DE LESÃO RETROPERITONEAL

Situação clínica:

#### Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

Esta cirurgia consiste na remoção de uma lesão do retroperitoneu, que é um espaço virtual que se situa por trás dos órgãos abdominais. Poderá ser realizada por via aberta ou laparoscópica, consoante critérios clínicos ou anatómicos.

Habitualmente realiza-se para a remoção de lesões malignas ou benignas, em situações nas quais se perceba que a sua remoção trará benefícios para o doente.

#### Benefícios:

Consoante o tipo de lesão a remover. Estes terão sido discutidos em pormenor com o médico assistente do doente e incluem:

#### Complicações relacionadas com o procedimento:

- Ileus paralítico – atraso no início do trânsito intestinal
- Linfocelo (colecção de linfa) com necessidade de drenagem
- Hemorragia peri operatória com necessidade de transfusão
- Conversão para cirurgia aberta
- Reoperação para tratamento de complicações
- Tromboembolismo venoso
- Lesão neurológica – desde neuropraxia limitada (lesão temporária reversível de nervos sensitivos ou motores) até paraplegia
- Lesão intestinal, urinária ou de grandes vasos, com necessidade de reconstrução ou de excisão de estruturas
- Dificuldade respiratória no pós-operatório

#### Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

À parte o tratamento conservador, estes dependem da natureza da lesão. Incluem:

#### Riscos do não tratamento:

Em caso de doença oncológica, progressão da doença, que poderá traduzir-se por crescimento local e à distância, resultando eventualmente na morte.

Em caso de doença não oncológica, em complicações relacionadas com a manutenção da situação clínica, ou com o crescimento local.

**Serviço de Urologia e Transplantação Renal**

**Director: Prof. Arnaldo Figueiredo**

**Parte declarativa do profissional**

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura, número de cédula profissional ou número mecanográfico (se não aplicável a primeira disposição): \_\_\_\_\_

Unidade de saúde: \_\_\_\_\_ Contato institucional do profissional de saúde: \_\_\_\_\_

**À Pessoa/representante**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

**Parte declarativa da pessoa que consente:**

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: \_\_\_\_\_

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

**SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE** (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima):

NOME: \_\_\_\_\_

DOC. IDENTIFICAÇÃO Nº \_\_\_\_\_ DATA OU VALIDADE \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**NOTA: ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUAS VIAS – UMA PARA O PROCESSO E OUTRA PARA FICAR NA POSSE DE QUEM CONSENTE.**