

## Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

### CONSENTIMENTO INFORMADO

### LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL

Situação clínica:

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

Esta cirurgia consiste na remoção dos gânglios linfáticos do retroperitoneu, junto aos principais vasos do corpo (veia cava e artéria aorta). A intervenção poderá ser realizada de forma minimamente invasiva por laparoscopia ou por via aberta clássica. Por vezes, por questões técnicas cirúrgicas, devido ao crescimento tumoral e para cumprir o objectivo de remoção dos gânglios e/ou do tumor, pode haver necessidade de procedimentos acessórios, tais como, nefrectomia, ressecção da veia cava ou da aorta e reconstrução vascular, ressecção hepática parcial ou alargamento da linfadenectomia.

#### Benefícios:

Esta cirurgia é realizada com parte de uma estratégia global para o tratamento do tumor do testículo. Pode ser realizada numa fase relativamente precoce da doença em alternativa à quimioterapia, ou em fases mais avançadas por necessidade de consolidação terapêutica pós-quimioterapia ou para remoção de massas tumorais não tratáveis por quimioterapia.

#### Complicações relacionadas com o procedimento:

##### **Comuns:**

- Ejaculação retrógrada/Anejaculação – por lesão de estruturas nervosas junto aos gânglios
- Ileus paralítico – atraso no início do trânsito intestinal
- Linfocelo (colecção de linfa) com necessidade de drenagem
- Ascite quilosa e linforreia – drenagem abundante de líquido linfático
- Dificuldade respiratória no pós-operatório

##### **Raras:**

- Tromboembolismo venoso
- Lesão neurológica – desde neuropraxia limitada (lesão temporária reversível de nervos sensitivos ou motores) até paraplegia
- Lesão intestinal com necessidade desde excisão de um pequeno segmento de intestino e reconstrução do trânsito, à necessidade de “saco” temporário/permanente
- Mortalidade – 0,6%

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

Consoante o tipo e estadió da doença e os tratamentos já realizados, poder-se-á, eventualmente, realizar quimioterapia ou radioterapia. No entanto, a(s) estratégia(s) que lhe estão a ser apresentada(s) foi discutida em reunião multidisciplinar de oncologia

#### Riscos do não tratamento:

Progressão do tumor com complicações locais ou sistémicas que possam conduzir a morte de origem tumoral.

**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.**

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Cópia para  
o doente

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

**LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL**

Situação clínica:

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

Esta cirurgia consiste na remoção dos gânglios linfáticos do retroperitoneu, junto aos principais vasos do corpo (veia cava e artéria aorta). A intervenção poderá ser realizada de forma minimamente invasiva por laparoscopia ou por via aberta clássica. Por vezes, por questões técnicas cirúrgicas, devido ao crescimento tumoral e para cumprir o objectivo de remoção dos gânglios e/ou do tumor, pode haver necessidade de procedimentos acessórios, tais como, nefrectomia, ressecção da veia cava ou da aorta e reconstrução vascular, ressecção hepática parcial ou alargamento da linfadenectomia.

**Benefícios:**

Esta cirurgia é realizada com parte de uma estratégia global para o tratamento do tumor do testículo. Pode ser realizada numa fase relativamente precoce da doença em alternativa à quimioterapia, ou em fases mais avançadas por necessidade de consolidação terapêutica pós-quimioterapia ou para remoção de massas tumorais não tratáveis por quimioterapia.

**Complicações relacionadas com o procedimento:**

**Comuns:**

- Ejaculação retrógrada/Anejaculação – por lesão de estruturas nervosas junto aos gânglios
- Ileus paralítico – atraso no início do trânsito intestinal
- Linfocelo (colecção de linfa) com necessidade de drenagem
- Ascite quilosa e linforreia – drenagem abundante de líquido linfático
- Dificuldade respiratória no pós-operatório

**Raras:**

- Tromboembolismo venoso
- Lesão neurológica – desde neuropraxia limitada (lesão temporária reversível de nervos sensitivos ou motores) até paraplegia
- Lesão intestinal com necessidade desde excisão de um pequeno segmento de intestino e reconstrução do trânsito, à necessidade de “saco” temporário/permanente
- Mortalidade – 0,6%

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

Consoante o tipo e estadió da doença e os tratamentos já realizados, poder-se-á, eventualmente, realizar quimioterapia ou radioterapia. No entanto, a(s) estratégia(s) que lhe estão a ser apresentada(s) foi discutida em reunião multidisciplinar de oncologia

**Riscos do não tratamento:**

Progressão do tumor com complicações locais ou sistémicas que possam conduzir a morte de origem tumoral.

**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.**