

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 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.

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.