

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

**SUPRARRENALECTOMIA
LAPAROSCÓPICA**

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

Consiste na remoção da glândula suprarrenal através de uma abordagem minimamente invasiva, em que se injeta ar (CO₂) para dentro do abdómen e através pequenos orifícios, realiza-se o procedimento cirúrgico. **NECESSITA DE ALGALIAÇÃO APÓS O PROCEDIMENTO.**

PODE HAVER NECESSIDADE DE CONVERSÃO PARA CIRURGIA ABERTA (~5%)

Benefícios:

Este procedimento tem como objetivo a excisão do tumor/lesão. O objetivo é o tratamento definitivo e a cura da doença. Permite uma melhor caracterização do tumor/lesão com a análise histológica da peça operatória. No entanto tratamentos adicionais podem ser necessários.

Complicações ou alterações relacionadas com o procedimento:

Complicações associadas a procedimento laparoscópico

- Lesões de nervos periféricos ou musculares (~5%) - relacionadas com posicionamento
- Lesões de estruturas intra-abdominais (~1%) - baço, fígado, intestino delgado, intestino grosso, veias ou artérias - de acordo com gravidade podem ser necessários procedimentos cirúrgicos, mais ou menos complexos

Complicações específicas da suprarrenalectomia

- Hemorragia;
- Necessidade de medicamentos analgésicos devido à dor;
- Rotura de tumor;
- Hipertensão arterial;
- Possibilidade de infeção, requerendo tratamento;
- A lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste consentimento.

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Vigilância. A definir consoante diagnóstico.

Riscos do não tratamento:

O não tratamento acarreta numa progressão continua da doença. Dependendo do diagnóstico, o não tratamento poderá resultar no aparecimento de complicações a curto, médio e longo prazo, ou complicações locais e/ou generalizadas.

IM - 38.00 Setembro 2019 Serviço Urologia e Transplantação Renal

CHUC - Serviço de Urologia e Transplantação renal – Praceta Prof. Mota Pinto - 3000-075 Coimbra

Direção do Serviço – 239400457

Consulta de Urologia – 239400572

Consulta de Transplantação Renal – 239400400 – Ext. 10714

Internamento Urologia – 239400658

dirurotrans@chuc.min-saude.pt

urocons@huc.min-saude.pt

constransprenal@huc.min-saude.pt

uroint@huc.min-saude.pt

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

**SUPRARRENALECTOMIA
LAPAROSCÓPICA**

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

Consiste na remoção da glândula suprarrenal através de uma abordagem minimamente invasiva, em que se injeta ar (CO₂) para dentro do abdómen e através pequenos orifícios, realiza-se o procedimento cirúrgico. NECESSITA DE ALGALIAÇÃO APÓS O PROCEDIMENTO.

PODE HAVER NECESSIDADE DE CONVERSÃO PARA CIRURGIA ABERTA (~5%)

Benefícios:

Este procedimento tem como objetivo a excisão do tumor/lesão. O objetivo é o tratamento definitivo e a cura da doença. Permite uma melhor caracterização do tumor/lesão com a análise histológica da peça operatória. No entanto tratamentos adicionais podem ser necessários.

Complicações ou alterações relacionadas com o procedimento:

Complicações associadas a procedimento laparoscópico

- Lesões de nervos periféricos ou musculares (~5%) - relacionadas com posicionamento
- Lesões de estruturas intra-abdominais (~1%) - baço, fígado, intestino delgado, intestino grosso, veias ou artérias - de acordo com gravidade podem ser necessários procedimentos cirúrgicos, mais ou menos complexos

Complicações específicas da suprarrenalectomia

- Hemorragia;
- Necessidade de medicamentos analgésicos devido à dor;
- Rotura de tumor;
- Hipertensão arterial;
- Possibilidade de infeção, requerendo tratamento;
- A lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste consentimento.

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Vigilância. A definir consoante diagnóstico.

Riscos do não tratamento:

O não tratamento acarreta numa progressão continua da doença. Dependendo do diagnóstico, o não tratamento poderá resultar no aparecimento de complicações a curto, médio e longo prazo, ou complicações locais e/ou generalizadas.

IM - 38.00 Setembro 2019 Serviço Urologia e Transplantação Renal

CHUC - Serviço de Urologia e Transplantação renal – Praceta Prof. Mota Pinto - 3000-075 Coimbra

Direção do Serviço – 239400457

Consulta de Urologia – 239400572

Consulta de Transplantação Renal – 239400400 – Ext. 10714

Internamento Urologia – 239400658

dirurotrans@chuc.min-saude.pt

urocons@huc.min-saude.pt

constransprenal@huc.min-saude.pt

uroint@huc.min-saude.pt

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.