

**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](mailto:dirurotrans@chuc.min-saude.pt)

[urocons@huc.min-saude.pt](mailto:urocons@huc.min-saude.pt)

[constransrenal@huc.min-saude.pt](mailto:constransrenal@huc.min-saude.pt)

[uroint@huc.min-saude.pt](mailto: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 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**

**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 (CO<sub>2</sub>) 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](mailto:dirurotrans@chuc.min-saude.pt)

[urocons@huc.min-saude.pt](mailto:urocons@huc.min-saude.pt)

[constransrenal@huc.min-saude.pt](mailto:constransrenal@huc.min-saude.pt)

[uroint@huc.min-saude.pt](mailto: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.**