

Consentimento Informado de Cistectomia Radical com Neobexiga

Eu, _____, autorizo **Dr. Luís Gustavo Toledo e os seus assistentes** a realizar uma CISTECTOMIA RADICAL E NEOBEXIGA como forma de tratamento do câncer de bexiga. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência da anastomose intestinal com necessidade de reoperação.
2. Formação de abscesso intracavitário, com necessidade de drenagem cirúrgica.
3. Formação de Fístula urinaria com necessidade de reoperação.
4. Necessidade de realização de colostomia.
5. Necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação.
6. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
7. Possibilidade de embolia pulmonar(coágulos de sangue oriundos das veias).
8. Possibilidade de haver hérnia incisional e sensação de dormência em torno do acesso cirúrgico.
9. Possibilidade de piora da função renal

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que 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. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Cistectomia Radical com neobexiga é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data :

Hora:

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Nome:(em letra de forma): _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.