

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EXÉRESE POR TUMOR RETROPERITONEAL.

Eu, abaixo assinado, autorizo o **Dr. Luís Gustavo Toledo e os seus assistentes** a realizar uma EXÉRESE DE TUMOR DE RETROPERITÔNIO (remoção de todo tumor de retroperitônio através de cirurgia aberta convencional) como forma de tratamento do TUMOR RETROPERITONEAL. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um dreno cirúrgico na incisão ou ao lado dela para saída de secreções e que será removido após alguns dias.

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

1. Necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação.
2. Risco de lesão/ retirada dos órgãos adjacentes durante a cirurgia devido aderências do tumor (cólon, bazo, rim, pâncreas).
3. Abertura do diafragma com formação de pneumotórax que pode requerer uma drenagem cirúrgica. (dreno de tórax) para a remoção do ar da cavidade torácica.
4. Necessidade de deixar um cateter saindo pela região lombar que terá a função de drenar secreções.
5. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
6. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
7. Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.
8. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

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 os 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.

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a minha doença mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a exérese (retirada) do tumor do retroperitônio 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.: _____

Parentesco: _____

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.