

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
Gênero: \_\_\_\_\_ D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nº Atendimento: \_\_\_\_\_ Leito/Andar: \_\_\_\_\_  
**Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui**

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_ ou seu responsável Sr. (a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM- \_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**NEFRECTOMIA TOTAL**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** (remoção do rim através de cirurgia aberta convencional) como forma de tratamento do TUMOR RENAL. 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.

#### **COMPLICAÇÕES:**

1. Necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação.
2. Risco de lesão dos órgãos adjacentes durante a cirurgia devido aderências do rim.
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 a urina (nefrostomia).
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 sensação de dormência em torno da região operada.
8. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

**CBHPM** – 3.11.01.19-4

**CID** – C65..X

#### **Infecção relacionada à assistência à saúde**

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o *National Healthcare Safety Network* (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
Gênero: \_\_\_\_\_ D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nº Atendimento: \_\_\_\_\_ Leito/Andar: \_\_\_\_\_  
**Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui**

**Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.**

**Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.**

Campos dos Goytacazes, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: \_\_\_\_\_  
RG/CPF: \_\_\_\_\_

Ass. Médico Assistente

Nome: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**Código de Ética Médica – Art. 22º.** É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

**Art. 34º.** É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º** - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. **Art. 39º** - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.