

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
Código: CC.TCLE.021			
Data Revisão Atual: 08/05/2026		Data do Vencimento: 08/05/2028	
Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Nefrectomia			

Por este instrumento particular o (a) paciente _____, nascido em ____/____/____ 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 médico assistente, Md _____ inscrito no CRM-RS sob o N° _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado " _____ " por CID-10 _____ 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 médico, 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: procedimento cirúrgico realizado para a retirada parcial ou total de um rim. Pode ser indicada para tratamento de tumores, traumas, infecções graves, doenças renais ou quando o rim perde sua função. Tipos mais comuns:

- **Nefrectomia parcial:** retirada apenas da parte comprometida do rim.
- **Nefrectomia total (radical):** retirada completa do rim.
- **Nefrectomia bilateral:** retirada dos dois rins.

INDICAÇÃO: procedimento indicado para tratamento de doenças que acometem o rim, como tumores, infecções graves, traumas, perda da função renal ou outras alterações que impossibilitem a preservação total do órgão. Tratamento de atrofia renal.

COMPLICAÇÕES:

- Necessidade de transfusão sangüínea durante ou após a operação.
- Risco de lesão dos órgãos adjacentes durante a cirurgia devido aderências do rim.
- Necessidade de retirada de todo o rim durante a cirurgia (nefrectomia total).
- Abertura do diafragma com formação de pneumotórax que pode requerer uma drenagem cirúrgica. (dreno de tórax) para a remoção do ar da cavidade torácica.
- Necessidade de deixar um cateter saindo pela região lombar que terá a função de drenar a urina (nefrostomia).
- Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
- Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
- Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.
- Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

INFECÇÕES RELACIONADAS 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 com a adoção de todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e de sua 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).

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
Código: CC.TCLE.021			
Data Revisão Atual: 08/05/2026		Data do Vencimento: 08/05/2028	
Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Nefrectomia			

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura garantia de cura e de que a evolução da doença e do tratamento pode exigir a modificação das condutas inicialmente propostas. Autoriza, desde já, o médico a adotar as providências necessárias para a solução dos problemas eventualmente surgidos, inclusive a realização de transfusão de sangue e hemoderivados (como concentrado de hemácias, plasma fresco, concentrado de plaquetas e concentrado de fatores de coagulação), conforme sua avaliação clínica.

Declara estar ciente e de acordo que o material retirado pelo médico responsável pelas condutas em meu atendimento, obtido por qualquer método (biópsia, punção aspirativa, cirurgia ambulatorial ou em centro cirúrgico, esfregaços e/ou todo material destinado ao estudo anatomopatológico) deverá ser submetido a exame anatomopatológico. Este exame consiste na avaliação dos tecidos e células a fim de elucidar o diagnóstico médico. Desta forma:

() Concedo e autorizo o encaminhamento da amostra para exame em laboratório especializado.

() Não concedo e não autorizo o encaminhamento da amostra para exame. Relato estar ciente que a amostra coletada será descartada, podendo desta forma comprometer com o diagnóstico médico, bem como impedir o tratamento precoce em caso de constatação de alguma anomalia.

Que fica sob sua responsabilidade, buscar o resultado do exame, junto ao seu médico e/ou na Secretaria Municipal de Saúde de seu município (se atendido SUS).

Declara estar ciente de que os dados pessoais e informações de saúde serão tratados conforme Lei Geral de Proteção de dados (Lei nº 13.709/2018), exclusivamente para fins assistenciais, administrativos e legais relacionados ao atendimento.

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.

Veranópolis (RS) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável
RG: _____
CPF: _____

Md _____
CRM _____
CNS _____

Código de Ética Médica – Art. 22. 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. 34. 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.