



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

## CONSENTIMENTO INFORMADO NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA

**Situação clínica:**

**DATA DA REALIZAÇÃO DO EXAME/PROCEDIMENTO:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_ ÀS \_\_H: \_\_MIN

**Médico:** \_\_\_\_\_

**Nr. Mecanográfico:** \_\_\_\_\_

**Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo**

A nefrostomia percutânea é uma técnica através do qual se insere um cateter no sistema coletor renal de forma a permitir a drenagem de urina permanente ou temporária. Este procedimento inclui a administração de um anestésico local (lidocaína) e da punção ecoguiada do coletor renal, com posterior colocação de um cateter de nefrostomia.

IM - 23.00 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

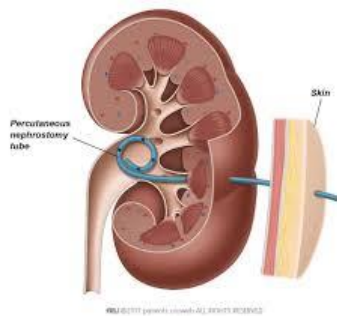
Internamento Urologia – 239400658

[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)



### **Benefícios:**

Drenagem da urina, permitindo tratar situações potencialmente graves, tais como a infeção e insuficiência renal.

### **Complicações relacionadas com o procedimento:**

#### **Comum (>10%)**

Infeções do trato urinário com necessidade de antibioterapia  
Exteriorização da nefrostomia, com necessidade de nova colocação  
Mau posicionamento da nefrostomia, com necessidade de reposicionamento

#### **Ocasional (0,5-10%)**

Urosepsis  
Bacteriúria assintomática  
Obstrução da nefrostomia com necessidade de lavagem ou substituição  
Infeção da pele  
Extravasamento de urina pelo local de inserção da nefrostomia  
Dor

#### **Rara (<0,5%)**

Hemorragia com necessidade de transfusão ou de embolização  
Pneumotórax  
Hidrotórax  
Abscessos  
Danos a estruturas adjacentes: intestino, vasos sanguíneos com consequências significativas e necessidade de cirurgia adicional

### **Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:**

Dependendo da situação clínica, a única forma alternativa de drenagem do rim é a colocação de cateter uretérico duplo J.

### **Riscos do não tratamento:**

A não desobstrução urinária pode levar à insuficiência renal, desequilíbrios eletrolíticos e infeções graves do trato urinário, com consequências potencialmente graves e que podem levar à morte.

**Parte declarativa do profissional**

Confirmo 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.

IM - 23.00 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)