



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

CATÉTER SUPRAPÚBICO

Situação clínica:

DATA DA REALIZAÇÃO DO EXAME/PROCEDIMENTO: ____ / ____ /20__ ÀS __H: __MIN

Médico: _____

Nr. Mecnográfico: _____

IM - 24.00 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

urocons@huc.min-saude.pt

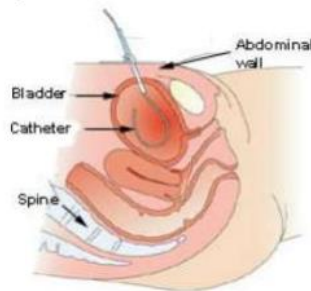
constransrenal@huc.min-saude.pt

uroint@huc.min-saude.pt



Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

Envolve a colocação de um cateter dentro da bexiga através de uma incisão na pele, localizada acima do púbis, sob anestesia local.



Benefícios:

Drenagem da urina. Menor taxa de infeções em relação a cateter uretral. Permite manutenção de vida sexual ativa.

Complicações relacionadas com o procedimento:

Comum (>10%)

Ardor ou sangue na urina durante a micção

Ocasional (0,5-10%)

Infeção do cateter que requer toma de antibióticos

Obstrução do cateter com necessidade de desobstrução

Desconforto na bexiga

Perda de urina pela uretra, apesar de cateter suprapúbico

Formação de cálculos e resíduos dentro da bexiga, que poderam necessitar de procedimentos adicionais

Rara (<0,5%)

Hemorragia que necessite de irrigação vesical

Danos a estruturas adjacentes: intestino, vasos sanguíneos com consequências sérias e necessidade de cirurgia adicional

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Sonda uretral, Derivação urinária com estoma

Riscos do não tratamento:

A não colocação do cateter poderá levar a um retenção urinária.

INFORMAÇÃO SOBRE O PROCEDIMENTO

ALGUMA DRENAGEM À VOLTA DO CATETÉR NÃO É INCOMUM COM CATETERES DE LONGA DURAÇÃO.

SE DESENVOLVER FEBRE, SINAIS INFLAMATÓRIOS OU PUS NO LOCAL DO DRENO OU HEMORRAGIA ABUNDANTE DEVERÁ RECORRER AO SERVIÇO DE URGÊNCIA/UROLOGISTA ASSISTENTE.

SE EXTERIORIZAÇÃO DE CATETER ESTE DEVE SER NOVAMENTE RECOLOCADO DE FORMA URGENTE.

IM - 24.00 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

urocons@huc.min-saude.pt

constransrenal@huc.min-saude.pt

uroint@huc.min-saude.pt

Parte declarativa do profissional

Confirmando 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 - 24.00 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

urocons@huc.min-saude.pt

constransrenal@huc.min-saude.pt

uroint@huc.min-saude.pt