



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

CISTOSCOPIA

Situação clínica:

DATA DA REALIZAÇÃO DO EXAME/PROCEDIMENTO: ____ / ____ / 20__ ÀS __ H: __ MIN

Médico: _____

Nr. Mecnográfico: _____

Cistoscopia

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

Uma cistoscopia é um exame endoscópico que permite a inspeção da bexiga e da uretra sob anestesia local.

Benefícios:

O objetivo é a pesquisa de alterações na uretra ou na bexiga. O procedimento também pode ser usado para a remoção de cateteres uretéricos duplo J.

Complicações relacionadas com procedimento:

Comuns (risco maior que 10%)

- Sensação de ardor ao urinar, que é temporária, e melhorada pela ingestão abundante de água.

IM - 25.00 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



SAÚDE

- Sangue na urina por um curto período de tempo após o procedimento, que melhora com ingestão abundante de água.

Ocasional (entre 2 e 10%)

- Infecção da bexiga que necessita de antibiótico

Raros (<2%)

- Retenção urinária com necessidade de algaliação.
- Hemorragia mais arrastada, com formação de coágulos e necessidade de remoção dos mesmos.
- Lesão da uretra com formação de apertos da uretra a longo prazo

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Cistoscopia sob anestesia geral ou não realizar o procedimento.

Riscos da não realização do procedimento:

Não deteção da anomalia potencialmente graves, que poderão resultar em danos graves ou morte para o doente a médio/longo prazo.

INFORMAÇÃO SOBRE O PROCEDIMENTO

O exame será realizado por um médico urologista.

Antes do procedimento

- Deverá trazer a bexiga moderadamente cheia porque poderá ser necessário realizar algum teste antes do procedimento
- Traga o nome dos medicamentos que toma habitualmente.
- Será pedido para despir a metade inferior do corpo e vestir um bata do hospital
- Poderá ser necessário a toma de antibiotico após o procedimento, a fim de diminuir o risco de infeção. Por favor, informe o médico se tiver alergia a algum medicamento.
- Informe o médico se toma algum medicamento para diluir o sangue (Warfin, Xarelto, Eliquis, Aspirina, Tromalyt, Plavix, ...)

Durante o procedimento

- O instrumento será introduzido através da uretra após colocação de um gel anestésico.
- Poderá haver algum desconforto durante a passagem do instrumento, que é momentânea.
- A inspeção da bexiga demorará apenas alguns minutos.

Após o procedimento

- Será informado nos resultados e eventual plano terapêutico de acordo com esses achados.

PODERÁ COMER E BEBER NORMALMENTE, ANTES E APÓS PROCEDIMENTO

NÃO TEM QUALQUER EFEITO NA MOBILIDADE

PODERÁ RETOMAR ATIVIDADES NORMAIS, INCLUÍNDO O EMPREGO, APÓS A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

NAS PRIMEIRAS 24/48 HORAS DEVERÁ INGERIR GRANDE QUANTIDADE DE LIQUIDOS

SINAIS DE ALARME: FEBRE, DOR GRAVE, INCAPACIDADE DE URINAR OU HEMORRAGIA GRAVE

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

IM - 25.00 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



SAÚDE

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 assinie 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 - 25.00 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