



Serviço de Urologia e
Transplantação Renal

Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

RESSEÇÃO TRANSURETRAL DA BEXIGA

Situação clínica:

RTU-V

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

Consiste na remoção de lesões da bexiga, através da uretra, com instrumentos cirúrgicos apropriados para o efeito.

NECESSITA DE ALGALIAÇÃO APÓS O PROCEDIMENTO.

PODE HAVER INDICAÇÃO PARA ADMINISTRAÇÃO DE DOSE ÚNICA DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL (MITOMICINA C).

Benefícios:

Este procedimento tem objetivo diagnóstico e terapêutica sintomática (hematúria, urgência, ...) e da causa subjacente.

Em casos de tumores superficiais permite o tratamento definitivo e a análise da peça permitirá um melhor planeamento do tratamento e seguimento posterior. Em caso de tumor mais avançado permite o diagnóstico, de modo a adaptar a estratégia terapêutica subsequente.

Complicações relacionadas com a cirurgia:

IM - 41.00 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

constransprenal@huc.min-saude.pt

uoint@huc.min-saude.pt

Hemorragia (2-5%) – pode haver necessidade de transfusão

Perfuração da bexiga (1-3%) – necessidade de período mais prolongado de algaliação ou intervenção cirúrgica adicional

Infeção urinária

Síndrome pós-RTU – sódio baixo no sangue, corrigível com soros adequados

Retenção urinária – incapacidade de urinar

Tardias e associadas a instrumentação uretral

Aperto do colo vesical ou da uretra

MORTALIDADE - 1%

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Não existem

Riscos do não tratamento:

O não tratamento poderá numa progressão contínua da doença. Com o aumento do volume do tumor poderão surgir complicações locais e generalizadas: dor, hemorragia, invasão dos uréteres que poderá condicionar insuficiência renal, invasão do intestino com obstrução intestinal, invasão de estruturas próximas que impeça a sua remoção através de cirurgia, metastização á distância (fígado, pulmões, gânglios, ossos, ...) A possibilidade de o tumor ser a causa de morte é elevada.

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.^[1]

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: _____

IM - 41.00 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

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. ^[1]_[SEP]

Nome: _____

Data: ___/___/_____

Assinatura: _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima) ^[1]_[SEP]

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 - 41.00 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