

**Serviço de Urologia e Transplantação Renal**

Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

**REMOÇÃO DE CATÉTER DE DIÁLISE PERITONEAL**

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

**Médico:** \_\_\_\_\_

**Nr. Mecnográfico:** \_\_\_\_\_

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

A remoção do cateter de diálise peritoneal é uma técnica através do qual se faz uma pequena incisão no peritoneu (que depois é encerrada) de modo a remover o cateter utilizado anteriormente para realizar diálise peritoneal. Poderá ser removido aquando do transplante ou após o transplante renal, dependendo esta decisão do parecer do cirurgião no momento do transplante renal. Este procedimento é realizado sob anestesia geral.



IM – 103.00 Outubro 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)

## Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

### **Benefícios:**

Remoção de “corpo estranho” que não é mais utilizado

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

- Perfuração de outros órgãos com necessidade de reoperações
- Hérnias incisionais
- Hemorragia
- Infecção

### **Riscos do não tratamento:**

A não remoção do cateter de diálise peritoneal poderá desencadear quadro de infecção abdominal 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.

IM – 103.00 Outubro 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)

## Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

### 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 – 103.00 Outubro 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)