

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### CATETERIZAÇÃO DO URETER

Situação clínica:

### Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

Este procedimento tem como objectivo a drenagem eficaz do rim obstruído. Consiste na colocação de um cateter interno (Duplo J) no ureter - canal que leva a urina do rim à bexiga. Feito por via endoscópica e através da uretra, sem necessidade de incisões na pele. Habitualmente são utilizados raios X para confirmação do correcto posicionamento do cateter. É realizado sob anestesia geral, regional ou local.

A maioria dos cateteres serão removidos num curto espaço de tempo e após a resolução da causa de obstrução. Em alguns casos, poderá ser necessário durante mais tempo, sendo inevitável a troca de cateter.

### Benefícios:

Esta técnica permite a adequada desobstrução do ureter. Estando, por exemplo, indicada em casos Cólica Renal refratária à terapêutica médica, Insuficiência renal aguda e Pielonefrite Obstrutiva.

### Complicações relacionadas com o procedimento:

- Dor lombar, desconforto e ardor miccional, frequência, incontinência urinária e hemorragia
- Bacteriúria assintomática
- Infecção Urinária com necessidade de antibiótico
- Obstrução ou exteriorização do cateter com necessidade de recolocação
- Lesão da uretra (p.e. aperto da uretra)
- Perfuração ureter
- Septicémia e choque séptico, com necessidade de medidas de ressuscitação e internamento
- Incapacidade de colocação de Duplo J, com necessidade de utilização de outra técnica (p.e. nefrostomia percutânea)

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

Vigilância activa e terapêutica médica

Colocação de Nefrostomia percutânea

### 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.

**Serviço de Urologia e Transplantação Renal**

**Director: Prof. Arnaldo Figueiredo**

**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 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.**

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### CATETERIZAÇÃO DO URETER

Situação clínica:

#### Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

Este procedimento tem como objectivo a drenagem eficaz do rim obstruído. Consiste na colocação de um cateter interno (Duplo J) no ureter - canal que leva a urina do rim à bexiga. Feito por via endoscópica e através da uretra, sem necessidade de incisões na pele. Habitualmente são utilizados raios X para confirmação do correcto posicionamento do cateter. É realizado sob anestesia geral, regional ou local.

A maioria dos cateteres serão removidos num curto espaço de tempo e após a resolução da causa de obstrução. Em alguns casos, poderá ser necessário durante mais tempo, sendo inevitável a troca de cateter.

#### Benefícios:

Esta técnica permite a adequada desobstrução do ureter. Estando, por exemplo, indicada em casos Cólica Renal refratária à terapêutica médica, Insuficiência renal aguda e Pielonefrite Obstrutiva.

#### Complicações relacionadas com o procedimento:

- Dor lombar, desconforto e ardor miccional, frequência, incontinência urinária e hemorragia
- Bacteriúria assintomática
- Infecção Urinária com necessidade de antibiótico
- Obstrução ou exteriorização do cateter com necessidade de recolocação
- Lesão da uretra (p.e. aperto da uretra)
- Perfuração ureter
- Septicémia e choque séptico, com necessidade de medidas de ressuscitação e internamento
- Incapacidade de colocação de Duplo J, com necessidade de utilização de outra técnica (p.e. nefrostomia percutânea)

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

Vigilância activa e terapêutica médica

Colocação de Nefrostomia percutânea

#### 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.

**Serviço de Urologia e Transplantação Renal**

**Director: Prof. Arnaldo Figueiredo**

**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.**