

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

CISTECTOMIA PARCIAL

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

Consiste na remoção de parte da bexiga, onde está o tumor. Pode estar associada a linfadenectomia (remoção de gânglios linfáticos). A urina será drenada através de uma sonda vesical (algália). Ficará com dreno através da pele durante 1 a 4 dias.

NECESSITA DE ALGALIAÇÃO APÓS O PROCEDIMENTO, DURANTE 8 A 10 DIAS.

Benefícios:

Este procedimento tem como objetivo a excisão do tumor. O objetivo é o tratamento definitivo e a cura da doença. Adicionalmente, permite uma melhor caracterização histológica do tumor com a análise da peça.

Complicações relacionadas com o procedimento:

- Hemorragia na urina (hematúria) (90% ligeira e 10% marcada).
- Rotura da bexiga (< 5 %).
- Lesões de estruturas intrabdominais (~1%) - intestino delgado, veias ou artérias - de acordo com gravidade podem ser necessários procedimentos cirúrgicos, mais ou menos complexos
- Hemorragia (~10%)
- Rotura de tumor (~5%)
- Fistula urinária (4-5%) - drenagem de urinoma/abcesso pélvico.
- Infecção de ferida operatória (~2%)
- Hérnia incisional (0,1%)
- Pseudoaneurisma (raro) – pode haver necessidade de embolização.
- Agravamento da função renal (1-2%)

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Ressecção trans-uretral da bexiga, com risco de maior probabilidade de voltar a ter o mesmo tumor.

Radioterapia Externa e Quimioterapia sistémica.

Riscos do não tratamento:

O não tratamento acarreta numa progressão continua da doença. Com o aumento do volume do tumor poderão surgir complicações locais e generalizadas: dor, hemorragia (hematúria), anemia ou aumento dos glóbulos vermelhos, hipertensão, insuficiência renal, hipercalemia (cálcio aumentado no sangue) trombozes venosas, invasão do intestino com obstrução intestinal, invasão de estruturas próximas que impeça a sua remoção através de cirurgia em data posterior, metastização á distância (fígado, pulmões, gânglios, ossos).

A possibilidade de o tumor ser a causa de morte é elevada.

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.

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Cópia para
o doente

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

CISTECTOMIA PARCIAL

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

Consiste na remoção de parte da bexiga, onde está o tumor. Pode estar associada a linfadenectomia (remoção de gânglios linfáticos). A urina será drenada através de uma sonda vesical (algália). Ficará com dreno através da pele durante 1 a 4 dias.

NECESSITA DE ALGALIAÇÃO APÓS O PROCEDIMENTO, DURANTE 8 A 10 DIAS.

Benefícios:

Este procedimento tem como objetivo a excisão do tumor. O objetivo é o tratamento definitivo e a cura da doença. Adicionalmente, permite uma melhor caracterização histológica do tumor com a análise da peça.

Complicações relacionadas com o procedimento:

- Hemorragia na urina (hematúria) (90% ligeira e 10% marcada).
- Rotura da bexiga (< 5 %).
- Lesões de estruturas intrabdominais (~1%) - intestino delgado, veias ou artérias - de acordo com gravidade podem ser necessários procedimentos cirúrgicos, mais ou menos complexos
- Hemorragia (~10%)
- Rotura de tumor (~5%)
- Fistula urinária (4-5%) - drenagem de urinoma/abcesso pélvico.
- Infecção de ferida operatória (~2%)
- Hérnia incisional (0,1%)
- Pseudoaneurisma (raro) – pode haver necessidade de embolização.
- Agravamento da função renal (1-2%)

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Ressecção trans-uretral da bexiga, com risco de maior probabilidade de voltar a ter o mesmo tumor.

Radioterapia Externa e Quimioterapia sistémica.

Riscos do não tratamento:

O não tratamento acarreta numa progressão continua da doença. Com o aumento do volume do tumor poderão surgir complicações locais e generalizadas: dor, hemorragia (hematúria), anemia ou aumento dos glóbulos vermelhos, hipertensão, insuficiência renal, hipercalemia (cálcio aumentado no sangue) trombozes venosas, invasão do intestino com obstrução intestinal, invasão de estruturas próximas que impeça a sua remoção através de cirurgia em data posterior, metastização á distância (fígado, pulmões, gânglios, ossos).

A possibilidade de o tumor ser a causa de morte é elevada.

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.