

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

SUBSTITUIÇÃO DE NEFROSTOMIA

Situação clínica:

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

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

A substituição nefrostomia percutânea é uma técnica através do qual se substitui um cateter de nefrostomia, quando este está no fim da sua vida útil ou obstruído. Este procedimento inclui a administração de um anestésico local (lidocaína). Poderá ser necessário trocar por outro tipo de cateter (nefrostomia de balão ou outro) se as condições assim o exigirem, como por exemplo por mau estado da pele devido aos pontos de contenção da nefrostomia

Benefícios:

Manutenção da permeabilidade da nefrostomia, assegurando a drenagem eficaz da urina e assim diminuindo o risco de infeções urinárias e cutâneas e assegurando a manutenção da função renal

Complicações relacionadas com o procedimento:

Comum (>10%)

- Infeções do trato urinário com necessidade de antibioterapia;
- Mau posicionamento da nefrostomia, com necessidade de reposicionamento;
- Hematúria macroscópica – sangue na urina.

Ocasional (0,5-10%)

- Urosepsis; Bacteriúria assintomática;
- Obstrução da nefrostomia com necessidade de lavagem ou substituição;
- Infeção da pele;
- Extravasamento de urina pelo local de inserção da nefrostomia;
- Dor.

Rara (<0,5%)

- Hemorragia com necessidade de transfusão ou de embolização;
- Abscessos;
- Traumatismo do rim do hematoma renal e perirrenal

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Não existe. Existem vários tipos de catéter de NPC, que são adaptados à situação e conforto de cada pessoa.

Riscos do não tratamento:

A não substituição urinária pode levar à obstrução da NPC podendo aumento o risco de 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.

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Cópia para
o doente

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

SUBSTITUIÇÃO DE NEFROSTOMIA

Situação clínica:

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

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

A substituição nefrostomia percutânea é uma técnica através do qual se substitui um cateter de nefrostomia, quando este está no fim da sua vida útil ou obstruído. Este procedimento inclui a administração de um anestésico local (lidocaína). Poderá ser necessário trocar por outro tipo de cateter (nefrostomia de balão ou outro) se as condições assim o exigirem, como por exemplo por mau estado da pele devido aos pontos de contenção da nefrostomia

Benefícios:

Manutenção da permeabilidade da nefrostomia, assegurando a drenagem eficaz da urina e assim diminuindo o risco de infeções urinárias e cutâneas e assegurando a manutenção da função renal

Complicações relacionadas com o procedimento:

Comum (>10%)

- Infeções do trato urinário com necessidade de antibioterapia;
- Mau posicionamento da nefrostomia, com necessidade de reposicionamento;
- Hematúria macroscópica – sangue na urina.

Ocasional (0,5-10%)

- Urosepsis; Bacteriúria assintomática;
- Obstrução da nefrostomia com necessidade de lavagem ou substituição;
- Infeção da pele;
- Extravasamento de urina pelo local de inserção da nefrostomia;
- Dor.

Rara (<0,5%)

- Hemorragia com necessidade de transfusão ou de embolização;
- Abscessos;
- Traumatismo do rim do hematoma renal e perirrenal

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Não existe. Existem vários tipos de catéter de NPC, que são adaptados à situação e conforto de cada pessoa.

Riscos do não tratamento:

A não substituição urinária pode levar à obstrução da NPC podendo aumento o risco de 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.