

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

URETEROPIELOPLASTIA

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

O procedimento proposto consiste numa cirurgia na qual vai ser realizada uma nova ligação do bacinete à estrutura que traz a urina do rim, o ureter. Esta cirurgia pode ser realizada em vários contextos, sendo o mais comum o de uma malformação que existe desde o nascimento; contudo, o aperto na junção do bacinete e do ureter pode ter outras causas, como fibrose (cicatriz após encravamento de um cálculo), ou, mais raramente, tumores.

Habitualmente é removido o fragmento do ureter que causa o aperto à saída do bacinete.

Esta cirurgia é habitualmente realizada por via laparoscópica. Contudo, poderá ser realizada por via aberta em caso de necessidade, ou de condições locais que não permitam a realização por esta via.

No final da cirurgia é habitual deixar-se um cateter urinário tipo “duplo J”.

Benefícios:

Reconstrução do trânsito urinário para preservação da função renal. Se por motivo oncológico, destina-se à cura do tumor.

Complicações relacionadas com o procedimento:

Estas complicações podem aparecer **mesmo que a cirurgia tenha sido correctamente realizada**; incluem:

Precoces:

- Tromboembolias
- Hemorragia com necessidade de transfusão
- Infecção pós-operatória de gravidade variável
- Fístula urinária (fuga de urina) ou intestinal com necessidade de nova cirurgia de revisão, que poderá implicar a remoção do rim
- Hematúria (sangue na urina)
- Espasmos da bexiga e/ou dor – reacção devido ao “duplo J” e à sonda
- Lesão de estruturas próximas – vasos ou intestino
- Conversão para cirurgia aberta

Tardias:

- Fístula urinária
- Infecções urinárias de repetição
- Estenose (aperto) da nova junção entre o bacinete e o ureter com recidiva do problema
- Perda de função do rim a longo prazo devido a estenose

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Utilização de duplo J ou de nefrostomia cronicamente. Endopielotomia (menos invasiva mas menos eficaz).

Riscos do não tratamento:

Se por motivo oncológico – progressão do tumor, com complicações locais e/ou à distância com morte de origem tumoral;

Se por motivo não oncológico – complicações devidas à obstrução do rim ou do uso de cateteres, tais como infecções com maior ou menor gravidade (desde infecções simples a sepsis com risco vital) a perda de função do rim.

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

URETEROPIELOPLASTIA

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

O procedimento proposto consiste numa cirurgia na qual vai ser realizada uma nova ligação do bacinete à estrutura que traz a urina do rim, o ureter. Esta cirurgia pode ser realizada em vários contextos, sendo o mais comum o de uma malformação que existe desde o nascimento; contudo, o aperto na junção do bacinete e do ureter pode ter outras causas, como fibrose (cicatriz após encravamento de um cálculo), ou, mais raramente, tumores.

Habitualmente é removido o fragmento do ureter que causa o aperto à saída do bacinete.

Esta cirurgia é habitualmente realizada por via laparoscópica. Contudo, poderá ser realizada por via aberta em caso de necessidade, ou de condições locais que não permitam a realização por esta via.

No final da cirurgia é habitual deixar-se um cateter urinário tipo “duplo J”.

Benefícios:

Reconstrução do trânsito urinário para preservação da função renal. Se por motivo oncológico, destina-se à cura do tumor.

Complicações relacionadas com o procedimento:

Estas complicações podem aparecer **mesmo que a cirurgia tenha sido correctamente realizada**; incluem:

Precoces:

- Tromboembolias
- Hemorragia com necessidade de transfusão
- Infecção pós-operatória de gravidade variável
- Fístula urinária (fuga de urina) ou intestinal com necessidade de nova cirurgia de revisão, que poderá implicar a remoção do rim
- Hematúria (sangue na urina)
- Espasmos da bexiga e/ou dor – reacção devido ao “duplo J” e à sonda
- Lesão de estruturas próximas – vasos ou intestino
- Conversão para cirurgia aberta

Tardias:

- Fístula urinária
- Infecções urinárias de repetição
- Estenose (aperto) da nova junção entre o bacinete e o ureter com recidiva do problema
- Perda de função do rim a longo prazo devido a estenose

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Utilização de duplo J ou de nefrostomia cronicamente. Endopielotomia (menos invasiva mas menos eficaz).

Riscos do não tratamento:

Se por motivo oncológico – progressão do tumor, com complicações locais e/ou à distância com morte de origem tumoral;

Se por motivo não oncológico – complicações devidas à obstrução do rim ou do uso de cateteres, tais como infecções com maior ou menor gravidade (desde infecções simples a sepsis com risco vital) a perda de função do rim.

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.