



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### ADMINISTRAÇÃO INTRADETRUSOR DE TOXINA BOTULÍNICA

**Situação clínica:**

DATA DA REALIZAÇÃO DO EXAME/PROCEDIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_ ÀS \_\_ H: \_\_ MIN

**Médico:** \_\_\_\_\_

**Nr. Mecnográfico:** \_\_\_\_\_

#### Administração Intradetrusor de Toxina Botulínica

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

É um procedimento utilizado para controlar os sintomas da bexiga hiperativa através da injeção da toxina botulínica na parede da bexiga, sob anestesia local, através da utilização de um cistoscópio.

**Benefícios:**

Controlo dos sintomas de bexiga hiperativa/Incontinência urinária de urgência

**Complicações relacionadas com a cirurgia:**

**Comuns (>10%)**

Sangue na urina

Desconforto ou infeção na bexiga

IM - 22.00 Setembro 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)

Deficiência no esvaziamento da bexiga, com necessidade de autoalgaliação intermitente

**Ocasional (2-10%)**

Retenção urinária, com necessidade de algaliação

**Raros (<0,5%)**

Fraqueza generalizada devido a efeito sistémico do fármaco, havendo necessidade de internamento

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

Terapêutica farmacológica, treino vesical, fisioterapia, aumento da bexiga através de segmento de intestino, neuromodulação sagrada, derivação urinária com estoma.

**Riscos do não tratamento:**

Manutenção dos sintomas

## INFORMAÇÃO SOBRE O PROCEDIMENTO

O exame será realizado por um médico urologista.

### Antes do procedimento

- Deverá trazer a bexiga moderadamente cheia porque poderá ser necessário realizar algum teste antes do procedimento.
- Traga o nome dos medicamentos que toma habitualmente.
- Será pedido para despir a metade inferior do corpo e vestir um bata do hospital.
- Poderá ser necessário a toma de antibiotico após o procedimento, a fim de diminuir o risco de infeção. Por favor, informe o médico se tiver alergia a algum medicamento.
- Informe o médico se toma algum medicamento para diluir o sangue (Warfin, Xarelto, Eliquis, Aspirina, Tromalyt, Plavix, ...).

### Durante o procedimento

- O instrumento será introduzido através da uretra após colocação de um gel anestésico.
- Será instilada uma solução anestésica, para minorar o desconforto/dor durante procedimento.
- Poderá haver algum desconforto durante a passagem do instrumento, que é momentânea.
- A inspeção da bexiga demorará apenas alguns minutos.
- Serão realizadas, em número variável, diversas “picadas”, o que poderá provocar dor ligeira.

**PODERÁ COMER E BEBER NORMALMENTE, ANTES E APÓS PROCEDIMENTO**

**NÃO TEM QUALQUER EFEITO NA MOBILIDADE**

**PODERÁ RETOMAR ATIVIDADES NORMAIS, INCLUÍDO O EMPREGO, APÓS A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO**

**NAS PRIMEIRAS 24/48 HORAS DEVERÁ INGERIR GRANDE QUANTIDADE DE LIQUIDOS**

**SINAIS DE ALARME: FEBRE, DOR GRAVE, INCAPACIDADE DE URINAR OU HEMORRAGIA GRAVE**

**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.

### 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 - 22.00 Setembro 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)