



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA

Situação clínica:

DATA DA REALIZAÇÃO DO EXAME/PROCEDIMENTO: ____ / ____ /20__ ÀS __H: __MIN

Médico: _____

Nr. Mecanográfico: _____

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

A nefrostomia percutânea é uma técnica através do qual se insere um cateter no sistema coletor renal de forma a permitir a drenagem de urina permanente ou temporária. Este procedimento inclui a administração de um anestésico local (lidocaína) e da punção ecoguiada do coletor renal, com posterior colocação de um cateter de nefrostomia.

IM - 23.00 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

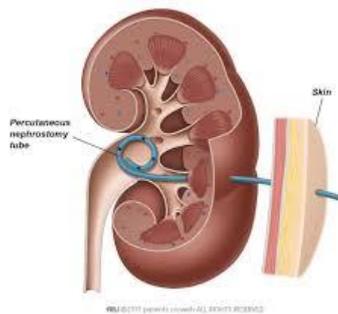
Internamento Urologia – 239400658

dirurotrans@chuc.min-saude.pt

urocons@huc.min-saude.pt

constransrenal@huc.min-saude.pt

uroint@huc.min-saude.pt



Benefícios:

Drenagem da urina, permitindo tratar situações potencialmente graves, tais como a infeção e insuficiência renal.

Complicações relacionadas com o procedimento:

Comum (>10%)

Infeções do trato urinário com necessidade de antibioterapia
Exteriorização da nefrostomia, com necessidade de nova colocação
Mau posicionamento da nefrostomia, com necessidade de reposicionamento

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
Pneumotórax
Hidrotórax
Abscessos
Danos a estruturas adjacentes: intestino, vasos sanguíneos com consequências significativas e necessidade de cirurgia adicional

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Dependendo da situação clínica, a única forma alternativa de drenagem do rim é a colocação de cateter uretérico duplo J.

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.

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.

IM - 23.00 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

urocons@huc.min-saude.pt

constransrenal@huc.min-saude.pt

uroint@huc.min-saude.pt