



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

CISTECTOMIA TOTAL

Situação clínica:

Cistectomia total

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

Consiste na remoção da bexiga e próstata nos homens e da bexiga nas mulheres. A urina será drenada através de uma de três possibilidades: ureteres diretamente ligados à pele (ureterostomia cutânea), utilização de intestino delgado interpostos entre uréteres e pele ou utilização de intestino para fazer uma nova bexiga.

Benefícios:

Este procedimento tem como objetivo a remoção da bexiga, O objetivo é o tratamento definitivo e a cura da doença.

Complicações relacionadas com a cirurgia:

Gastrointestinais (29%) – obstipação, náuseas, vômitos, fistula da anastomose

Infecciosas (25%) – Febre, infecção urinária, abscesso.

Complicações da ferida operatória (15%)

Genitourinárias (11%) – insuficiência renal, fistula urinária

Pulmonares (9%) – pneumonia, derrame pleural

IM - 26.00 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



Hemorragia (9%) – pode haver necessidade de transfusão

Tromboembólicas (8%) – trombose venosa profunda, tromboembolia pulmonar

Complicações tardias mais frequente - relacionadas com tipo de derivação urinária

- **Ureterostomia cutânea** – aperto da ligação entre pele e ureter, pielonefrites
- **Conduto ileal** – Infecções urinárias, fistula urinária, estenose da anastomose e complicações associadas com o estoma
- **Neobexiga** – incontinência diurna (8-10%) ou noturna (20-30%), aperto da ligação entre ureter e bexiga (3-18%), distúrbios metabólicos e deficiência em vitamina B12

MORTALIDADE – 1,2% a 3% aos 30 dias; 2,3% a 5,7% aos 90 dias

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Não existem

Riscos do não tratamento:

O não tratamento poderá resultar na manutenção dos sintomas (alta frequência urinária, dor, desconforto) e não resolução da hemorragia, com necessidade de internamentos frequentes, terapêuticas adicionais e eventuais transfusões sanguíneas. A hemorragia poderá culminar em morte, se refratária a medidas conservadoras.

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.^[1]_[2]^[3]_[4]^{[5]_[6]^[7]_[8]^[9]_[10]^[11]_[12]^[13]_[14]^[15]_[16]^[17]_[18]^[19]_[20]^[21]_[22]^[23]_[24]^[25]_[26]^[27]_[28]^[29]_[30]^[31]_[32]^[33]_[34]^[35]_[36]^[37]_[38]^[39]_[40]^[41]_[42]^[43]_[44]^[45]_[46]^[47]_[48]^[49]_[50]^[51]_[52]^[53]_[54]^[55]_[56]^[57]_[58]^[59]_[60]^[61]_[62]^[63]_[64]^[65]_[66]^[67]_[68]^[69]_[70]^[71]_[72]^[73]_[74]^[75]_[76]^[77]_[78]^[79]_[80]^[81]_[82]^[83]_[84]^[85]_[86]^[87]_[88]^[89]_[90]^[91]_[92]^[93]_[94]^[95]_[96]^[97]_[98]^[99]_[100]}

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

IM - 26.00 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



SAÚDE

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. ^[1]_[SEP]

Nome: _____

Data: ___/___/_____

Assinatura: _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima) ^[1]_[SEP]

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.