



Serviço de Urologia e
Transplantação Renal

Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

ESFINCTER URINÁRIO ARTIFICIAL

Situação clínica:

ESFINCTER URINÁRIO ARTIFICIAL

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

Consiste na colocação de um dispositivo composto por 3 partes: uma banda que é colocada em redor da uretra ou do colo da bexiga, um reservatório de líquido, que se coloca no abdómen e uma válvula na bolsa escrotal, que controla o encerramento ou abertura da uretra.

TAXA DE SUCESSO – 59-90%

Benefícios:

Correção ou melhoria da incontinência urinária

Complicações relacionadas com a cirurgia:

Dor local

Incapacidade do utilizador em manusear o esfíncter.

Avaria ou intolerância a algum dos componentes do esfíncter (42% aos 10 anos) – pode ser necessário a remoção do esfíncter.

Infeção dos componentes – pode ser necessário remoção do esfíncter.

IM - 28.00 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

constransprenal@huc.min-saude.pt

uroint@huc.min-saude.pt



SAÚDE

Exteriorização de componentes (5,9-15%).

Problemas relacionados com ferida operatória e danos neurológicos – perda de sensibilidade cutânea.

Lesões da uretra e bexiga – podem resultar em **fístulas**, com possível necessidade de nova intervenção cirúrgica.

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas

Fármacos, a injeção periureteral de teflon/colagénio/gordura e a reabilitação do pavimento pélvico

Parte declarativa do profissional

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondo 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

IM - 28.00 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

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.