



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

URETERORRENOSCOPIA E LITOTRÍCIA DE CONTACTO

Situação clínica:

UR+LC

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

Consiste na utilização de instrumentos cirúrgicos adequados, através da uretra, para tratamento de doenças dos uréteres ou rins (cálculos, tumores, apertos,...) e/ou procedimentos diagnósticos.

Frequentemente, obriga a colocação de cateter ureteral (duplo J).

Benefícios:

Este procedimento tem como objetivo a destruição de cálculos urinários que estejam a provocar algum grau de obstrução à normal drenagem da urina do rim até à bexiga.

Complicações relacionadas com a cirurgia:

Lesões do uréter – dependendo da gravidade, o seu tratamento vai desde a colocação de cateter ureteral, nefrostomia percutânea ou correção cirúrgica

Hemorragia – raro

Infeção - desde infeção da bexiga a choque séptico

TVP e lesão neurológica - relacionadas com o posicionamento

IM - 43.00 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

Tardias e associadas a instrumentação ureteral – aperto do uréter e cateter ureterais retido
(deve sempre informar o médico que é possuidor desde dispositivo em consultas subsequentes)

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas

Litrocicia extracorpórea por ondas de choque e/ou quimiodissolução em casos selecionados.

Riscos do não tratamento:

O não tratamento poderá resultar no aparecimento de complicações a curto, médio e longo prazo: infeção (poderá necessitar de procedimentos urológicos urgentes), dor, dilatação renal progressiva com perda da função renal.

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]

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 - 43.00 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

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. ^[L]_[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) ^[L]_[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.