



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

URETROTOMIA INTERNA

Situação clínica:

URETROTOMIA INTERNA

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

Consiste na realização de um corte da uretra, realizado através da uretra, com instrumentos cirúrgicos adequados.

NECESSITA DE ALGALIAÇÃO APÓS O PROCEDIMENTO

Benefícios:

Este procedimento permite uma desobstrução da uretra, facilitando a saída da urina, levando á melhoria sintomática, jato urinário mais forte e diminuição da quantidade de urina que fica dentro da bexiga após micção normal.

Complicações relacionadas com a cirurgia:

Hemorragia

Extravasamento de soro para escroto e pénis

Infeção urinária e sépsis

Recorrência do aperto da uretra

Disfunção eréctil

Priapismo

Incontinência

IM - 45.00 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



Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas

Uretroplastia, dilatação uretral, sonda vesical permanente, sonda suprapúbica permanente.

Riscos do não tratamento:

O não tratamento poderá resultar numa manutenção dos sintomas bem como o risco de complicações associadas, nomeadamente, infeções do trato urinário e retenção urinária aguda. A obstrução prolongada da saída de urina da bexiga poderá resultar no espessamento da parede da bexiga, fazendo com que esta se torna disfuncional, permanecendo grande quantidade de urina após a micção, o que afetará os rins, podendo culminar em insuficiência renal irreversível.

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

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

IM - 45.00 Setembro 2019 Serviço Urologia e Transplantação Renal

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. [L1] [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) [L1] [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.