



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo urodinâmico

Situação clínica:

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

Médico: _____

Nr. Mecanográfico: _____

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

Consiste no enchimento da bexiga através de um cateter, e o registo da pressão, o que permite perceber a resposta da bexiga durante enchimento e esvaziamento.

Benefícios:

Permite perceber o comportamento da bexiga e assim melhor ajustar a terapêutica, com maior eficácia no alívio dos sintomas.

IM - 48.00 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

Complicações relacionadas com a procedimento:

Comum (>10%)

- Desconforto quando urinar;
- Sangue na urina.

Ocasional (2-10%)

- Infecção urinária;
- Retenção urinária, com necessidade de algaliação;
- Impossibilidade de colocação do cateter na bexiga.

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Observação e tratamento sem a informação que este exame fornece.

INFORMAÇÃO SOBRE O PROCEDIMENTO

O exame será realizado por um médico urologista.

Antes do procedimento

- Deverá trazer a bexiga moderadamente cheia porque poderá ser necessário realizar algum teste antes do procedimento;
- Traga o nome dos medicamentos que toma habitualmente;
- Será pedido para despir a metade inferior do corpo e vestir uma bata do hospital;
- Poderá ser necessário a toma de antibiótico após o procedimento, a fim de diminuir o risco de infeção. Por favor, informe o médico se tiver alergia a algum medicamento;
- Informe o médico se toma algum medicamento para diluir o sangue (Warfin, Xarelto, Eliquis, Aspirina, Tromalyt, Plavix, ...);
- Deverá suspender qualquer medicamento para os sintomas da bexiga, uma semana antes do exame (oxibutinina, trospio, solfenacina, mirabegron, etc).

Durante o procedimento

- Os dois catéteres requeridos serão introduzidos através da uretra e do ânus após colocação de um gel anestésico;
- A bexiga será enchida lentamente;
- Durante o enchimento será pedido para tossir e para realizar outras manobras, de modo a reproduzir as queixas sentidas.

Após o procedimento

- Será informado nos resultados e eventual plano terapêutico de acordo com esses achados.

PODERÁ COMER E BEBER NORMALMENTE, ANTES E APÓS PROCEDIMENTO

NÃO TEM QUALQUER EFEITO NA MOBILIDADE

PODERÁ RETOMAR ATIVIDADES NORMAIS, INCLUINDO O EMPREGO, APÓS A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

NAS PRIMEIRAS 24/48 HORAS DEVERÁ INGERIR GRANDE QUANTIDADE DE LIQUIDOS

SINAIS DE ALARME: FEBRE, DOR GRAVE, INCAPACIDADE DE URINAR OU HEMORRAGIA GRAVE

IM - 48.00 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

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: _____

IM - 48.00 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

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 - 48.00 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