

CONSENTIMENTO INFORMADO

Litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC)

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

A litotricia precutânea por ondas de choque é um procedimento não invasivo que utiliza ondas de choque para fragmentação de cálculos urinários. As ondas de choque são produzidas por uma máquina chamada litotritor. A localização do cálculo poderá implicar a utilização de radiação ionizante.

Benefícios:

Permite a fragmentação dos cálculos urinários, sem a utilização de procedimentos invasivos

Complicações relacionadas com a procedimento:

Relacionada com os fragmentos

Cálculos impactados no ureter (4-7%)

Crescimento de cálculos residuais (21-59%)

Cólica renal (2-4%)

Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

Infeciosas

Bacteriúria (7,2-23%)

Sépsis (1-2,7%)

Relacionadas com o tecido

Hematoma perirrenal sintomático (<1%)

Hematoma perirrenal assintomático (4-19%)

Disritmia cardíaca (11-59%)

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Dependendo da situação clínica, poderão ser utilizados diversos métodos alternativos, nomeadamente, quimiodissolução, ureterorenoscopia semirrigida, RIRS (retrograde intrarenal surgery) ou cirurgia percutânea.

Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

INFORMAÇÃO SOBRE O PROCEDIMENTO

O tratamento será realizado por um médico urologista.

Antes do procedimento

- Traga o nome dos medicamentos que toma habitualmente;
- Será pedido para se despir e vestir uma bata do hospital;
- Poderá ser necessário a toma de anti-inflamatório antes do tratamento, a fim de diminuir a dor durante procedimento. 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, ...);

Durante o procedimento

- Irá sentir as ondas de choque e o som produzido pelo equipamento. Se durante procedimento sentir desconforto intolerável deverá avisar médico ou enfermeiro presentes na sala de tratamento.

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 LOMBAR GRAVE, OU HEMORRAGIA GRAVE

IM - 66.00 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



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

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: _____

Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

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 - 66.00 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