

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

REMOÇÃO DE RIM TRANSPLANTADO(TRANSPLANTECTOMIA)

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

Médico: _____

Nr. Mecnográfico: _____

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

A remoção do rim transplantado (transplantectomia) é um procedimento cirúrgico complexo realizado em situações de falência do enxerto renal. Cerca de 10% de todos os transplantes renais falham durante o primeiro ano após o transplante e, posteriormente, aproximadamente 3% a 5% anualmente. Entre 4% e 10% dos doentes em diálise apresentam enxerto renal não-funcionante. Em até 32% dos casos, de acordo com os estudos, é necessária uma transplantectomia devido a uma de várias razões. As indicações para a transplantectomia são síndrome de intolerância ao enxerto (caracterizada clinicamente por febre sem doença infecciosa subjacente, hematúria (perda de sangue na urina), dor e aumento do tamanho do enxerto, perda precoce do enxerto, sinais de inflamação crónica, proteinúria grave, pielonefrite recorrente ou infecções do trato urinário e cancro. A transplantectomia poderá ser realizada mesmo no momento do transplante renal por complicações cirúrgicas que inviabilizam o enxerto renal.

IM – 104.00 Outubro 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

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

Benefícios:

- Melhoria do quadro clínico
- Um enxerto não funcionante é um foco de um estado inflamatório crónico
- Reduz a taxa de mortalidade

Complicações relacionadas com o procedimento:

- Mortalidade: 1.5% a 14%
- Morbilidade: 17%-60%.
- As causas mais frequentes de morbilidade são hemorragia, sépsis (que é a causa mais importante de mortalidade), infeções da ferida operatória, hematoma, febre, linfocelo, hematúria e fístula urinária.

Riscos do não tratamento:

A não realização da transplantectomia, nas indicações atrás referidas, poderá desencadear quadro de infeção generalizado com consequências potencialmente graves e que podem levar à morte.

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

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.

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

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: _____

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.