



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

ADMINISTRAÇÃO INTRADETRUSOR DE TOXINA BOTULÍNICA

Situação clínica:

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

Médico: _____

Nr. Mecnográfico: _____

Administração Intradetrusor de Toxina Botulínica

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

É um procedimento utilizado para controlar os sintomas da bexiga hiperativa através da injeção da toxina botulínica na parede da bexiga, sob anestesia local, através da utilização de um cistoscópio.

Benefícios:

Controlo dos sintomas de bexiga hiperativa/Incontinência urinária de urgência

Complicações relacionadas com a cirurgia:

Comuns (>10%)

Sangue na urina

Desconforto ou infeção na bexiga

IM - 22.00 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

Deficiência no esvaziamento da bexiga, com necessidade de autoalgaliação intermitente

Ocasional (2-10%)

Retenção urinária, com necessidade de algaliação

Raros (<0,5%)

Fraqueza generalizada devido a efeito sistémico do fármaco, havendo necessidade de internamento

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Terapêutica farmacológica, treino vesical, fisioterapia, aumento da bexiga através de segmento de intestino, neuromodulação sagrada, derivação urinária com estoma.

Riscos do não tratamento:

Manutenção dos sintomas

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 um bata do hospital.
- Poderá ser necessário a toma de antibiotico 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, ...).

Durante o procedimento

- O instrumento será introduzido através da uretra após colocação de um gel anestésico.
- Será instilada uma solução anestésica, para minorar o desconforto/dor durante procedimento.
- Poderá haver algum desconforto durante a passagem do instrumento, que é momentânea.
- A inspeção da bexiga demorará apenas alguns minutos.
- Serão realizadas, em número variável, diversas “picadas”, o que poderá provocar dor ligeira.

PODERÁ COMER E BEBER NORMALMENTE, ANTES E APÓS PROCEDIMENTO

NÃO TEM QUALQUER EFEITO NA MOBILIDADE

PODERÁ RETOMAR ATIVIDADES NORMAIS, INCLUÍNDO 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

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: _____

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 - 22.00 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