



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA

#### Situação clínica:

### NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA

#### Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

Consiste na remoção, através de um orifício na região lombar, de patologia do excretor renal.

NECESSITA DE ALGALIAÇÃO E COLOCAÇÃO DE CATETER URETERAL (DUPLO J) APÓS O PROCEDIMENTO. TAMBÉM PODE HAVER NECESSIDADE DE COLOCAÇÃO DE NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA.

#### Benefícios:

Este procedimento tem como objetivo a remoção de cálculos renais de grandes dimensões.

#### Complicações relacionadas com a cirurgia:

**Hemorragia (1-34%)** – pode haver necessidade de transfusão

**Lesão do excretor renal e extravasamento de urina**

**Lesão do uréter**

**Fistula nefrocutânea**

**Lesão de estruturas adjacentes – colón (<1%), intestino delgado, fígado, baço e linfáticos**

**Sépsis (0,6-1%)**

**Perda de função renal** – aproximadamente 1,6% da função renal global

IM - 35.00 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](mailto:dirurotrans@chuc.min-saude.pt)

[urocons@huc.min-saude.pt](mailto:urocons@huc.min-saude.pt)

[constransrenal@huc.min-saude.pt](mailto:constransrenal@huc.min-saude.pt)

[uroint@huc.min-saude.pt](mailto:uroint@huc.min-saude.pt)



**Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas**

Litotricia extra-corpórea por ondas de choque e/ou quimiodissolução em casos selecionados, RIRS em casos selecionados, nefrolitotomia aberta ou laparoscópica.

**Riscos do não tratamento:**

O não tratamento poderá resultar no aparecimento de complicações a curto, médio e longo prazo: infeção (poderá necessitar de procedimentos urológicos urgentes), dor, dilatação renal progressiva com perda da função renal.

**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.<sup>[1]</sup>

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 - 35.00 Setembro 2019 Serviço Urologia e Transplantação Renal



SAÚDE

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.