



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

TVT-O

Situação clínica:

TVT-O

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

Consiste na colocação de uma fita entre uretra e vagina, de modo a apoiar a uretra, melhorando assim a continência.

Taxa de cura – 70-75%

Benefícios:

Este procedimento tem como objetivo a resolução da incontinência urinária de esforço.

Complicações relacionadas com a cirurgia:

Hemorragia

Lesão da bexiga (0-2,3%) ou uretra– necessidade de algaliação mais prolongada

Lesão de nervo periférico

Retenção urinária

Infeção da ferida operatória

Complicações tardias mais frequentes

IM - 42.00 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



SAÚDE

Exteriorização da fita na vagina (0,5-8,1%)

Erosão da uretra pela fita (0-0,6%)

Disfunção de esvaziamento

Dor na coxa ou suprapúbica (2,2%)

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas

Reforço muscular pélvico, medidas higienocomportamentais

Riscos do não tratamento:

Manutenção da incontinência urinária.

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.^[1]

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

IM - 42.00 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

