



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### URETROPLASTIA

#### Situação clínica:

#### URETROPLASTIA

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

Reconstrução da uretra.

PODE HAVER NECESSIDADE DE CIRCUNCISÃO OU UTILIZAÇÃO DE MUCOSA OU PELE DE OUTRO LOCAL ANATÓMICO (BOCA, PELE, RETROAURICULAR...).

NECESSIDADE DE ALGALIAÇÃO APÓS PROCEDIMENTO.

##### Benefícios:

Este procedimento permite uma desobstrução da uretra, facilitando a saída da urina, levando á melhoria sintomática, jato urinário mais forte e diminuição da quantidade de urina que fica dentro da bexiga após micção normal.

##### Complicações relacionadas com a cirurgia:

**Recorrência do aperto**

**Formação de divertículos e fistulas uretro-cutâneas**

**Incontinência**

**Gotejamento após micção**

**Disfunção sexual**

IM - 44.00 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)

## Infeção de ferida operatória

### Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas

uretrotomia interna, dilatação uretral, sonda vesical permanente, sonda suprapúbica permanente.

### Riscos do não tratamento:

O não tratamento poderá resultar numa manutenção dos sintomas bem como o risco de complicações associadas, nomeadamente, infeções do trato urinário e retenção urinária aguda. A obstrução prolongada da saída de urina da bexiga poderá resultar no espessamento da parede da bexiga, fazendo com que esta se torna disfuncional, permanecendo grande quantidade de urina após a micção, o que afetará os rins, podendo culminar em insuficiência renal irreversível.

### Parte declarativa do profissional

Confirmo 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><sub>[SEP]</sub>

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

IM - 44.00 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)

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. <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima) <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>

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.