

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

ENCERRAMENTO DE FISTULA  
URINÁRIA

Situação clínica:

**Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:** A cirurgia varia consoante o tipo de fistula urinária. As fistulas mais comuns são entre a bexiga e a vagina ou entre o ureter e a vagina ou a bexiga e o útero. No homem podem ser entre a bexiga e o intestino, entre a próstata e o reto ou outras.

No caso das fístulas entre a vagina e a bexiga a abordagem cirúrgica pode ser vagina ou pela barriga. No caso das fistulas entre o ureter e a vagina ou a bexiga e o úterer a abordagem cirúrgica faz-se pela barriga. No homem com fistulas entre a próstata e o reto a abordagem preferencial é uma incisão entre o ânus e os testículos (períneo) mas também pode ser necessária a abordagem combinada, isto é, por cima pela barriga e por baixo pelo períneo. Quando os orifícios das fistulas são grandes ou o(a) doente foi submetido(a) radioterapia é, quase sempre, necessário interpor outros tecidos para que a fistula não se volte a formar. Esses tecidos podem ser um músculo ou gordura, normalmente.

Se a comunicação do aparelho urinário se dá com o intestino, além de reparar a comunicação dos dois aparelhos urinário e digestivo pode ser necessário associar a drenagem temporária das fezes por uma colostomia.

Em situações de fístulas muito complexas ou que reapareceram após uma ou mais tentativas de encerramento poderá ser necessária uma cirurgia radical de derivação urinária (colocar a urina a sair pela barriga para um saco) associada à remoção da bexiga e /ou uretra.

**Benefícios:** A cirurgia permite a cura definitiva da fistula urinária

**Complicações relacionadas com o procedimento:** infeção da ferida, recidiva da fístula

**Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:** a drenagem da urina com uma sonda pode permitir o encerramento de fistulas muito pequenas. Há colas biológicas testadas com alguns relatos de sucesso no encerramento de fistulas entre a uretra e o reto ou ânus.

**Riscos do não tratamento:** persistência da perda de urina para sempre, aparecimento de infeções urinárias, perda de fezes e gases pela urina (no caso de fistulas urinárias com o intestino) e risco de infeções generalizadas (sépsis) com perigo de morte nestes casos

**Serviço de Urologia e Transplantação Renal**

**Director: Prof. 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.

**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.**

**Director: Prof. Arnaldo Figueiredo**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### ENCERRAMENTO DE FISTULA URINÁRIA

Situação clínica:

**Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:** A cirurgia varia consoante o tipo de fistula urinária. As fistulas mais comuns são entre a bexiga e a vagina ou entre o ureter e a vagina ou a bexiga e o útero. No homem podem ser entre a bexiga e o intestino, entre a próstata e o reto ou outras.

No caso das fístulas entre a vagina e a bexiga a abordagem cirúrgica pode ser vagina ou pela barriga. No caso das fistulas entre o ureter e a vagina ou a bexiga e o úterer a abordagem cirúrgica faz-se pela barriga. No homem com fistulas entre a próstata e o reto a abordagem preferencial é uma incisão entre o ânus e os testículos (períneo) mas também pode ser necessária a abordagem combinada, isto é, por cima pela barriga e por baixo pelo períneo. Quando os orifícios das fistulas são grandes ou o(a) doente foi submetido(a) radioterapia é, quase sempre, necessário interpor outros tecidos para que a fistula não se volte a formar. Esses tecidos podem ser um músculo ou gordura, normalmente.

Se a comunicação do aparelho urinário se dá com o intestino, além de reparar a comunicação dos dois aparelhos urinário e digestivo pode ser necessário associar a drenagem temporária das fezes por uma colostomia.

Em situações de fístulas muito complexas ou que reapareceram após uma ou mais tentativas de encerramento poderá ser necessária uma cirurgia radical de derivação urinária (colocar a urina a sair pela barriga para um saco) associada à remoção da bexiga e /ou uretra.

**Benefícios:** A cirurgia permite a cura definitiva da fistula urinária

**Complicações relacionadas com o procedimento:** infeção da ferida, recidiva da fístula

**Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:** a drenagem da urina com uma sonda pode permitir o encerramento de fistulas muito pequenas. Há colas biológicas testadas com alguns relatos de sucesso no encerramento de fistulas entre a uretra e o reto ou ânus.

**Riscos do não tratamento:** persistência da perda de urina para sempre, aparecimento de infeções urinárias, perda de fezes e gases pela urina (no caso de fistulas urinárias com o intestino) e risco de infeções generalizadas (sépsis) com perigo de morte nestes casos

**Serviço de Urologia e Transplantação Renal**

**Director: Prof. 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 assinie 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.**