

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

REIMPLANTAÇÃO DO URETER

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

O procedimento proposto consiste numa cirurgia na qual vai ser realizada uma nova ligação da bexiga à estrutura que traz a urina do rim, o ureter. Esta cirurgia pode ser realizada em vários contextos, tais como lesão do ureter não reparável por meios conservadores, por tumor do ureter com necessidade de excisão de parte do mesmo, por apertos do ureter não tratáveis por outros meios.

Pode haver necessidade de remover o bocado do ureter que fica excluído do trânsito urinário, até à sua entrada na bexiga e da pequena porção de bexiga que o rodeia, bem como dos gânglios linfáticos regionais.

Se o ureter restante for curto, pode haver necessidade de outros procedimentos, tais como a mobilização da bexiga, um alongamento usando parte da bexiga, ligação ao ureter do outro lado, mobilização do rim ou até recurso a intestino para fazer um novo ureter. Em regra, fica com cateter uretérico (“duplo J”) e sonda vesical temporários.

Benefícios:

Reconstrução do trânsito urinário para preservação da função renal. Se por motivo oncológico, destina-se à cura do tumor

Complicações relacionadas com o procedimento:

Precoces:

- Tromboembolias
- Hemorragia com necessidade de transfusão
- Infecção pós-operatória de gravidade variável
- Fístula urinária (fuga de urina) ou intestinal com necessidade de nova cirurgia de revisão
- Hematúria (sangue na urina)
- Espasmos da bexiga e/ou dor – reacção devido ao “duplo J” e à sonda
- Lesão de estruturas próximas – vasos ou intestino

Tardios:

- Fístula urinária
- Infecções urinárias de repetição
- Estenose (aperto) da nova junção entre o ureter e a bexiga com recidiva do problema
- Refluxo de urina para o rim
- Perda de função do rim a longo prazo devido a estenose ou refluxo

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Colocação de duplo J ou de nefrostomia cronicamente. Colocação de outro tipo de cateteres definitivos por via subcutânea.

Riscos do não tratamento:

Se por motivo oncológico – progressão do tumor, com complicações locais e/ou à distância com morte de origem tumoral;

Se por motivo não oncológico – complicações derivadas da obstrução do rim ou do uso de cateteres, tais como infecções com maior ou menor gravidade (desde infecções simples a sepsis com risco vital) e perda de função do rim.

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.

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Cópia para
o doente

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

REIMPLANTAÇÃO DO URETER

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

O procedimento proposto consiste numa cirurgia na qual vai ser realizada uma nova ligação da bexiga à estrutura que traz a urina do rim, o ureter. Esta cirurgia pode ser realizada em vários contextos, tais como lesão do ureter não reparável por meios conservadores, por tumor do ureter com necessidade de excisão de parte do mesmo, por apertos do ureter não tratáveis por outros meios.

Pode haver necessidade de remover o bocado do ureter que fica excluído do trânsito urinário, até à sua entrada na bexiga e da pequena porção de bexiga que o rodeia, bem como dos gânglios linfáticos regionais.

Se o ureter restante for curto, pode haver necessidade de outros procedimentos, tais como a mobilização da bexiga, um alongamento usando parte da bexiga, ligação ao ureter do outro lado, mobilização do rim ou até recurso a intestino para fazer um novo ureter. Em regra, fica com cateter uretérico (“duplo J”) e sonda vesical temporários.

Benefícios:

Reconstrução do trânsito urinário para preservação da função renal. Se por motivo oncológico, destina-se à cura do tumor

Complicações relacionadas com o procedimento:

Precoces:

- Tromboembolias
- Hemorragia com necessidade de transfusão
- Infecção pós-operatória de gravidade variável
- Fístula urinária (fuga de urina) ou intestinal com necessidade de nova cirurgia de revisão
- Hematúria (sangue na urina)
- Espasmos da bexiga e/ou dor – reacção devido ao “duplo J” e à sonda
- Lesão de estruturas próximas – vasos ou intestino

Tardios:

- Fístula urinária
- Infecções urinárias de repetição
- Estenose (aperto) da nova junção entre o ureter e a bexiga com recidiva do problema
- Refluxo de urina para o rim
- Perda de função do rim a longo prazo devido a estenose ou refluxo

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Colocação de duplo J ou de nefrostomia cronicamente. Colocação de outro tipo de cateteres definitivos por via subcutânea.

Riscos do não tratamento:

Se por motivo oncológico – progressão do tumor, com complicações locais e/ou à distância com morte de origem tumoral;

Se por motivo não oncológico – complicações derivadas da obstrução do rim ou do uso de cateteres, tais como infecções com maior ou menor gravidade (desde infecções simples a sepsis com risco vital) e perda de função do rim.

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.