

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA E PERMICCIONAL

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

Este procedimento realizado como exame de diagnóstico tem como objetivo a visualização da uretra e bexiga, sendo dividido em duas fases. A primeira fase consiste na inserção de produto contrastado de forma retrograda na uretra (através do meato) e uma segunda fase consistindo na passagem de forma voluntária do produto contrastado durante a micção. Não existindo por isso necessidade de incisões na pele. É utilizada radiação (raios X), durante ambas as fases. É realizado sem necessidade de anestesia geral ou local, sendo utilizada lubrificação.

Benefícios:

Permite a correta avaliação da uretra em todo o seu trajeto, permitindo o diagnóstico de apertos, cálculos e tumores da mesma, contração da bexiga, presença de refluxo, resíduo vesical.

Complicações relacionadas com o procedimento:

Comum (>10%)

- Infecções do trato urinário com necessidade de antibioterapia;
- Hematúria macroscópica – sangue na urina;
- Uretrorragia – pequena hemorragia pela uretra;
- Retenção urinária aguda com necessidade de algáliação

Ocasional (0,5-10%)

- Urosepsis; Bacteriúria assintomática;
- Dor;
- Alergia ao produto de contraste de gravidade variável.

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Segundo o diagnóstico a pesquisar, a uretrocistoscopia, o estudo urodinâmico ou a cistografia isotópica, embora menos informativos do ponto de vista anatómico.

Riscos do não tratamento:

Não diagnóstico de lesões da uretra, bexiga ou ureter, não permitindo o planeamento cirúrgico.

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.

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

Cópia para
o doente

CONSENTIMENTO INFORMADO

**URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA
E PERMICCIONAL**

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

Este procedimento realizado como exame de diagnóstico tem como objetivo a visualização da uretra e bexiga, sendo dividido em duas fases. A primeira fase consiste na inserção de produto contrastado de forma retrograda na uretra (através do meato) e uma segunda fase consistindo na passagem de forma voluntária do produto contrastado durante a micção. Não existindo por isso necessidade de incisões na pele. É utilizada radiação (raios X), durante ambas as fases. É realizado sem necessidade de anestesia geral ou local, sendo utilizada lubrificação.

Benefícios:

Permite a correta avaliação da uretra em todo o seu trajeto, permitindo o diagnóstico de apertos, cálculos e tumores da mesma, contração da bexiga, presença de refluxo, resíduo vesical.

Complicações relacionadas com o procedimento:

Comum (>10%)

- Infecções do trato urinário com necessidade de antibioterapia;
- Hematúria macroscópica – sangue na urina;
- Uretrorragia – pequena hemorragia pela uretra;
- Retenção urinária aguda com necessidade de algaliação

Ocasional (0,5-10%)

- Urosepsis; Bacteriúria assintomática;
- Dor;
- Alergia ao produto de contraste de gravidade variável.

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Segundo o diagnóstico a pesquisar, a uretrocistoscopia, o estudo urodinâmico ou a cistografia isotópica, embora menos informativos do ponto de vista anatómico.

Riscos do não tratamento:

Não diagnóstico de lesões da uretra, bexiga ou ureter, não permitindo o planeamento cirúrgico.

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.