

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CISTOSTOMIA SUPRA-PÚBICA PERCUTÂNEA

HOSPITAL / CLÍNICA: _____ Processo: _____

NOME DO MÉDICO: _____ Cédula Profissional: _____

DADOS DO DOENTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em : _____

DADOS DO REPRESENTANTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em: _____

Na Qualidade de: _____

1.- Através deste procedimento pretende-se obter a resolução da retenção de urina.

A realização do procedimento pode ser captada em imagens para fins científicos ou didáticos.

2.- O médico explicou-me que o procedimento requer a administração de anestesia, de cujos riscos serei informado pelo serviço de Anestesiologia.

3.- Através desta técnica deriva-se a urina contida na bexiga para o exterior, quando a cateterização uretral não é possível ou não é desejável. A forma mais simples de se obter esta derivação é por via percutânea introduzindo uma sonda na bexiga através de uma punção no abdómen, aplicando-se a cirurgia aberta quando a via percutânea não é possível ou desejável.

4.- Compreendo que, apesar da adequada escolha da técnica e da sua correcta realização, podem aparecer efeitos indesejáveis, tanto os comuns derivados de toda a intervenção, e que podem afectar todos os órgãos e sistemas, como outros específicos do procedimento: impossibilidade de levar a cabo a punção; perfuração de uma ansa intestinal, com o consequente risco de peritonite; hemorragia incoercível, tanto durante o acto cirúrgico como no pós-operatório, cujas consequências são muito diversas, dependendo do tipo de tratamento que seja necessário efectuar, oscilando desde uma gravidade mínima até à possibilidade de morte, em consequência directa da hemorragia ou por efeitos secundários dos tratamentos efectuados; complicações da ferida cirúrgica; infecção nos seus diversos graus de gravidade; fístulas permanentes ou temporárias.

O médico explicou-me que estas complicações habitualmente se resolvem com tratamento médico (medicamentos, soros...) no entanto podem levar à necessidade de uma reintervenção, por vezes de urgência, incluindo um risco de mortalidade.

5.- O médico explicou-me que, para a realização desta técnica, pode ser necessária uma preparação prévia, por vezes com algumas particularidades, tais como (nota do médico) _____

embora possa ser possível a sua realização sem uma preparação completa.

Também me explicou a necessidade de o avisar sobre as minhas eventuais alergias medicamentosas, alterações da coagulação, doenças cardiopulmonares, existência de próteses, *pacemaker*, medicação actual ou qualquer outra circunstância.

Devido à minha situação actual (diabetes, obesidade, hipertensão, anemia, idade avançada...) pode existir um aumento da frequência ou da gravidade dos riscos ou complicações, tais como (nota do médico)

6.- O médico explicou-me que a alternativa é tentar a colocação de um catéter por via endoscópica através da uretra, mas que, na minha situação, a cistostomia supra-púbica é a alternativa mais indicada.

Compreendi todas as explicações que me foram dadas, numa linguagem clara e simples, e o médico que me atendeu permitiu-me expor-lhe todas as questões e clarificar todas as minhas dúvidas.

Também compreendo que, em qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação, posso revogar o consentimento que agora disponibilizo.

Desta forma, declaro que estou satisfeito com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Nestas condições,

CONSINTO e AUTORIZO
Que me seja realizada CISTOSTOMIA SUPRA-PÚBICA PERCUTÂNEA

Local: _____ Data: ____/____/____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____