# DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ENCERRAMENTO DE FÍSTULA URINÁRIA

HOSPITAL / CLÍNICA: _____ Processo: _____

NOME DO MÉDICO: _____ Cédula Profissional: _____

**DADOS DO DOENTE**

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.°: _____

Residente em : _____

**DADOS DO REPRESENTANTE**

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.°: _____

Residente em: _____

Na Qualidade de: _____

***1.-*** Através deste procedimento pretende-se suprimir a fístula que origina a saída de urina pelo seu orifício.

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

***2.-*** O médico explicou-me que o procedimento requer a administração de anestesia e que é possível que, durante ou após a intervenção, seja necessária a utilização de sangue e/ou seus derivados de cujos riscos serei informado pelos Serviços de Anestesia e Hemoterapia. Poderá ser utilizado electrobisturí, Raios-X, ou outra tecnologia apropriada ao procedimento. São utilizados medicamentos e soros complementares do procedimento.

O pós-operatório previsto no Hospital é de aproximadamente _____dias, podendo todavia prolongar-se se surgirem complicações e, durante este tempo vão sendo retirados os soros, as sondas, as drenagens e os pontos quando o médico considerar oportuno. A seguir à alta hospitalar haverá um período de convalescença em que são possíveis algumas alterações e complicações e em que serão necessários cuidados, que o médico me explicou, e um seguimento em consulta.

***3.-*** O médico explicou-me que esta intervenção consiste em encerrar a fístula urinária com eventual utilização de retalhos e reconstrução da integridade anatómica pelos motivos e com a finalidade de evitar a saída de urina por orifícios não naturais ou que não devam ter essa função. Poderá ter que ser efectuada uma cirurgia em dois ou mais tempos.

***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 ou sistemas, como outros específicos do procedimento: não ser possível realizar, no todo ou em parte, a intervenção programada; manutenção da sintomatologia, apesar da correcta intervenção; recorrência da fístula; complicações gerais ou locais da anestesia utilizada; dores, apesar da anestesia ou analgesia utilizada; complicações gerais ou locais da utilização de soros e de sangue e/ou seus derivados; disfuncionamentos pós-operatórios temporários intestinais e/ou vesicais; derrames e hemorragias, 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; infecções, apesar da eventual profilaxia antibiótica utilizada, da ferida cirúrgica, do(s) órgão(s) intervido(s), da loca cirúrgica, de outros órgãos, urinárias, generalizadas, com eventual formação de abcessos e/ou septicémia; lesões não esperadas do(s) órgão(s) intervido(s) ou dos órgãos anexos nomeadamente vasos e nervos e órgãos e estruturas vizinhas ou que estão no acesso cirúrgico, de efeitos e consequências muito variadas; complicações relacionadas com a cicatrização, derrames, abcessos, deiscências de suturas ("aberturas de costuras") com eventual saída de órgãos, fístulas, intolerância aos materiais de sutura, processos cicatriciais anómalos externos ou internos, com fibroses, estenoses, defei-

tos estéticos, nevralgias, hiperestesia – aumento da sensibilidade – ou hipostesia – diminuição da sensibilidade; complicações resultantes da abertura da cavidade abdominal, peritoneais, retroperitoneais, ginecológicas, intestinais, hepáticas, pancreáticas, esplénicas; complicações resultantes da abertura da cavidade torácica, se for este o caso, pleurais, pulmonares, cardiovasculares; tromboembolismos (coágulos de sangue) venosos e/ou pulmonares e complicações cardiovasculares, apesar da eventual profilaxia utilizada, cuja gravidade depende da intensidade do quadro mas que podem levar à morte; hemorragias digestivas, que são invulgares mas que podem existir, cuja gravidade depende da sua intensidade.

Relativamente ao Encerramento da Fístula Urinária para além dos efeitos indesejáveis e complicações referidas, são ainda de referir a possibilidade de: (nota do médico) _____

_____

_____

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, envolvendo 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 ou outras, existência de próteses, *pacemaker*, medicações actuais ou qualquer outra circunstância que julgue relevante.

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 uma drenagem permanente da urina a montante da fístula, nem sempre eficaz, e que, no meu caso, a alternativa terapêutica mais indicada é este procedimento de Encerramento de Fístula.

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 procedimento.

Nestas condições,

**CONSINTO e AUTORIZO**
**Que me seja realizado ENCERRAMENTO DA FÍSTULA URINÁRIA**

Local: _____ Data: ____/____/_____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____