

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### PIELOGRAFIA DESCENDENTE

Situação clínica:

#### Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

Este procedimento realizado como exame de diagnóstico tem como objetivo a visualização do ureter. Consiste na colocação de produto de contraste por um cateter inserido de forma percutânea no rim, com obtenção de imagens sequenciais recorrendo a Raios-X. Não existe, por isso necessidade de incisões na pele. É utilizada radiação (raios X), para a avaliação do ureter desde o seu trajeto inicial, junto ao rim, até a bexiga. É realizado sem necessidade de anestesia geral ou local.

#### Benefícios:

Permite a correta avaliação do ureter em todo o seu trajeto, permitindo o diagnóstico de apertos, cálculos e tumores do mesmo.

#### Complicações relacionadas com o procedimento:

##### **Comum (>10%)**

- Infeções do trato urinário com necessidade de antibioterapia;
- Dor lombar
- Hematuria macroscópica – sangue na urina.

##### **Ocasional (0,5-10%)**

- Urosepsis; Bacteriúria assintomática;
- Obstrução da nefrostomia com necessidade de lavagem ou substituição;
- Infeção da pele;
- Alergia ao produto de contraste de gravidade variável.

##### **Rara (<0,5%)**

- Abcessos;
- Trauma renal com hematoma renal ou perirrenal.

#### Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Pielografia ascendente realizada sob anestesia geral ou local e UroTC

#### Riscos do não tratamento:

Não diagnóstico de lesões do ureter.

IM - 38.00 Setembro 2019 Serviço Urologia e Transplantação Renal

CHUC - Serviço de Urologia e Transplantação renal – Praça Prof. Mota Pinto - 3000-075 Coimbra

Direção do Serviço – 239400457

Consulta de Urologia – 239400572

Consulta de Transplantação Renal – 239400400 – Ext. 10714

Internamento Urologia – 239400658

[dirurotrans@chuc.min-saude.pt](mailto:dirurotrans@chuc.min-saude.pt)

[urocons@huc.min-saude.pt](mailto:urocons@huc.min-saude.pt)

[contransprenal@huc.min-saude.pt](mailto:contransprenal@huc.min-saude.pt)

[uroint@huc.min-saude.pt](mailto:uroint@huc.min-saude.pt)

## Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

### Parte declarativa do profissional

Confirmo 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

### PIELOGRAFIA DESCENDENTE

Situação clínica:

#### Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

Este procedimento realizado como exame de diagnóstico tem como objetivo a visualização do ureter. Consiste na colocação de produto de contraste por um cateter inserido de forma percutânea no rim, com obtenção de imagens sequenciais recorrendo a Raios-X. Não existe, por isso necessidade de incisões na pele. É utilizada radiação (raios X), para a avaliação do ureter desde o seu trajeto inicial, junto ao rim, até a bexiga. É realizado sem necessidade de anestesia geral ou local.

#### Benefícios:

Permite a correta avaliação do ureter em todo o seu trajeto, permitindo o diagnóstico de apertos, cálculos e tumores do mesmo.

#### Complicações relacionadas com o procedimento:

##### **Comum (>10%)**

- Infeções do trato urinário com necessidade de antibioterapia;
- Dor lombar
- Hematuria macroscópica – sangue na urina.

##### **Ocasional (0,5-10%)**

- Urosepsis; Bacteriúria assintomática;
- Obstrução da nefrostomia com necessidade de lavagem ou substituição;
- Infeção da pele;
- Alergia ao produto de contraste de gravidade variável.

##### **Rara (<0,5%)**

- Abscessos;
- Trauma renal com hematoma renal ou perirrenal.

#### Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Pielografia ascendente realizada sob anestesia geral ou local e UroTC

#### Riscos do não tratamento:

Não diagnóstico de lesões do ureter.

IM - 38.00 Setembro 2019 Serviço Urologia e Transplantação Renal

CHUC - Serviço de Urologia e Transplantação renal – Praça Prof. Mota Pinto - 3000-075 Coimbra

Direção do Serviço – 239400457

Consulta de Urologia – 239400572

Consulta de Transplantação Renal – 239400400 – Ext. 10714

Internamento Urologia – 239400658

[dirurotrans@chuc.min-saude.pt](mailto:dirurotrans@chuc.min-saude.pt)

[urocons@huc.min-saude.pt](mailto:urocons@huc.min-saude.pt)

[contransprenal@huc.min-saude.pt](mailto:contransprenal@huc.min-saude.pt)

[uroint@huc.min-saude.pt](mailto:uroint@huc.min-saude.pt)

## Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

### Parte declarativa do profissional

Confirmo 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.**