

**DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
EXAME ENDOSCÓPICO - CISTOSCOPIA**

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 diagnosticar as causas do meu quadro clínico e eliminar, se for o caso, essas causas, embora o objectivo fundamental seja o diagnóstico.

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, utilizando um endoscópio, o médico tem acesso visual ao interior da bexiga e da uretra. Realiza-se habitualmente em regime ambulatorio e sob anestesia local (gel anestésico na uretra), o que reduz as queixas e as torna totalmente toleráveis. Pode, por vezes, optar-se por realizar este procedimento sob anestesia regional ou geral, quer por minha decisão, quer devido a um alto risco de recidiva de um tumor vesical ou por ser necessária alguma manipulação complementar.

Esta técnica é indicada para um quadro de hematuria, cistite de repetição, por vezes de dúvidas suscitadas por outros exames, assim como para as revisões após ressecção de tumores da bexiga. Pode, por vezes, colocar-se ou retirar-se um catéter no ureter.

Antes do exame, ou no momento deste, pode administrar-se profilaxia antibiótica contra uma possível infecção.

- 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: não conseguir obter um diagnóstico; hemorragia, tanto durante o acto cirúrgico como no pós-operatório, cujas consequências podem ser muito diversas, dependendo do tipo de tratamento necessário; síndrome de reabsorção líquida, devido ao extravasamento inevitável do líquido de irrigação para a corrente sanguínea, ainda que seja uma ocorrência pouco frequente; infecção urinária ou geral de consequências imprevisíveis; perfuração vesical, devido a dificuldades de introdução do cistoscópio; dano vesical por patologia própria ou em consequência de obstruções prolongadas, ainda que sejam invulgares e não exijam sempre um tratamento específico; estenoses uretrais, devido à própria manipulação uretral à passagem do cistoscópio; quadro febril (bacteriemia), apesar da profilaxia antibiótica.

O médico explicou-me que estas complicações habitualmente se resolvem com tratamento médico (medicamentos, soros...) no entanto podem levar à necessidade de uma intervenção, 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, no meu caso, não existe uma alternativa eficaz e que os exames radiológicos, ecográficos e laboratoriais são exames complementares de diagnóstico.

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 realizado EXAME ENDOSCÓPICO - CISTOSCOPIA**

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O doente: \_\_\_\_\_

Representante legal ou familiar: \_\_\_\_\_

O médico: \_\_\_\_\_