

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EXAME URODINÂMICO

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 avaliar o estado funcional da bexiga e dos esfíncteres.

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

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

3.- Mediante esta técnica, pretende conhecer-se de uma forma objectiva o estado funcional da bexiga e dos esfíncteres, relativamente à sua capacidade de armazenamento e evacuação da urina. Realiza-se habitualmente em doentes com problemas miccionais, em doenças neurológicas, em doentes com incontinência urinária e em doentes com dificuldades miccionais sem causa aparente.

Realiza-se habitualmente em regime ambulatorio e sob anestesia local (gel anestésico na uretra), que reduz as queixas e as torna totalmente toleráveis. O médico pode aconselhar-me a profilaxia antibiótica para evitar infecções urinárias.

Sei que o exame exige a colocação de sondas de pequeno calibre e eléctrodos que irão medir as pressões geradas na bexiga, uretra e no recto e a actividade eléctrica do esfíncter da uretra. Por vezes não é possível a colocação dessas sondas (por exemplo por aperto da uretra), o que impede a realização do exame.

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: queixas ao urinar, de curta duração, presença de infecção urinária e/ou sanguínea, de gravidade variável, presença de sangue na urina (hematúria), inflamação e/ou infecção testicular.

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 não existe alternativa terapêutica eficaz, uma vez que os exames radiológicos, ecográficos e neurológicos são apenas complementares.

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 URODINÂMICO

Local: _____ Data: ____/____/____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____