

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA BIÓPSIA PROSTÁTICA

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 poder diferenciar entre uma doença benigna e uma doença maligna, ou seja, determinar se existe ou não um cancro da próstata.

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, introduz-se uma sonda de ecografia por via rectal, para visualizar a próstata e, por vezes, os tecidos em redor da próstata, tais como as vesículas seminais, e perfura-se com uma agulha, colhendo-se tecidos, através do recto ou do períneo, que é a região situada entre os testículos e o ânus.

4.- Compreendo que, apesar da adequada escolha da técnica e da sua correcta realização, podem ocorrer efeitos indesejáveis, tanto os comuns derivados de toda a intervenção, e que podem afectar todos os órgãos e sistemas, como outros específicos do procedimento: reacções adversas ao anestésico local; infecção urinária; sépsis e infecção generalizada; dificuldade miccional e retenção urinária; hematoma na região da intervenção; hematuria ou sangue na urina; uretrorragia ou aparecimento de sangue no orifício uretral; rectorragias ou aparecimento de sangue pelo ânus; hemospermia ou aparecimento de sangue no esperma.

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 outra alternativa mais eficaz, uma vez que os marcadores prostáticos e os exames radiológicos e ecografias são apenas 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 realizada BIÓPSIA PROSTÁTICA

Local: _____ Data: ____/____/____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____