

## DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA BIÓPSIA TESTICULAR

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 determinar a existência ou não de esterilidade e chegar a um diagnóstico anatomo-patológico, no caso de existirem lesões testiculares.

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, que é uma intervenção cirúrgica, procede-se à extracção de uma pequena porção do testículo, para realizar um exame histológico (microscópico).

A técnica pode ser efectuada abrindo a pele do escroto ou por meio de perfuração desta com uma agulha especial, com anestesia local ou regional.

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 obtenção de material de biopsia com expressão significativa; hemorragia pós-operatória, que é habitualmente de muito pouco volume, hematomas, infecção e/ou inflamação do testículo, epidídimo ou bolsa escrotal, com as suas possíveis complicações locais ou gerais.

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 a alternativa é a biopsia testicular percutânea mas que, no meu caso, a alternativa mais indicada é a biopsia cirúrgica; o exame hormonal e o espermograma 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 TESTICULAR**

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

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

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

O médico: \_\_\_\_\_