

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CISTECTOMIA PARCIAL

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 eliminar a parte afectada (doente) da bexiga e obter a resolução dos sintomas originados pela doença da bexiga.

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

- 2.- O médico explicou-me que o procedimento requer a administração de anestesia e que é possível que, durante ou depois da intervenção, seja necessária a utilização de sangue e/ou seus derivados, de cujos riscos irei ser informado pelos Serviços de Anestesiologia e Hemoterapia.

- 3.- Através desta técnica cirúrgica, procede-se à extirpação parcial da bexiga, geralmente indicada para tratar um tumor maligno, com intenção curativa ou paliativa. O médico explicou-me que a técnica pode exigir, por vezes, o reimplante dos ureteres e pode acompanhar-se de linfadenectomia pélvica uni ou bilateral.

O pós-operatório normal é prolongado e, durante este tempo, vão sendo retiradas as sondas ou drenagens, quando o médico o considerar oportuno.

- 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 a extirpação do tumor da bexiga e ter que recorrer a uma cistectomia radical ou a abster-se de actuação cirúrgica; persistência total ou parcial da sintomatologia prévia; hemorragia incoercível, tanto durante o acto cirúrgico como no pós-operatório, cujas consequências podem ser muito diversas, por efeito directo ou por efeito dos tratamentos utilizados; fístulas urinárias dependentes da cistectomia ou do reimplante dos ureteres, se este for efectuado, que podem requerer uma manipulação endoscópica, endo-urológica ou uma nova intervenção; parésia intestinal de maior ou menor duração e complicações próprias da abertura do peritонеu, se esta for necessária (obstrução intestinal que exija reintervenção, com resultados imprevisíveis, que podem chegar até à morte, peritonite); complicações da ferida cirúrgica (infecção com diferentes gravidades, deiscência da sutura -abertura - e até mesmo eventração -saída de ansas intestinais - que podem exigir nova intervenção, fístulas permanentes ou temporárias, defeitos estéticos devidos a alguma das anteriores complicações ou processos cicatriciais anómalos, intolerância aos materiais de sutura que pode chegar a exigir reintervenção para a sua extracção, nevralgias, hiperesstesia -aumento da sensibilidade - ou hipoestesia - diminuição da sensibilidade); problemas relacionados com a linfadenectomia, ainda que dentro do mesmo acto cirúrgico (lesões vasculares graves - artérias ilíacas, hipogástricas - e lesões venosas, que podem originar hemorragias importantes, lesões ureterais, secção do nervo obturador, linfocele com possibilidade de sobreinfecção); tromboembolismos venosos e/ou pulmonares, cuja gravidade depende da intensidade do quadro e hemorragias

digestivas, que são invulgares mas podem existir, ainda que sejam tomadas medidas profiláticas e cuja gravidade depende da sua intensidade.

O médico explicou-me que estas complicações habitualmente se resolvem com tratamento médico (medicamentos, soros...) no entanto podem levar à necessidade de uma reintervenção, 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 também seria possível proceder a uma ressecção transuretral, radioterapia ou quimioterapia, que são habitualmente complementares à cistectomia; na minha situação actual, a cistectomia parcial é a alternativa terapêutica mais indicada.

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 CISTECTOMIA PARCIAL

Local: _____ Data: ____/____/____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____