

**DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
INSTILAÇÃO QUIMIO-IMUNOTERAPIA INTRAVESICAL EM CISTITE INTERSTICIAL**

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 diminuir a frequência, episódios de imperiosidade miccional e de dor supra-púbica e melhorar, com isso, a qualidade de vida.

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

2.- O médico explicou-me que esta intervenção consiste na introdução periódica de um cateter pela uretra, seguido de uma instilação de uma substância líquida que vai actuar na mucosa vesical, diminuindo as queixas algícas e de desconforto. O medicamento a instilar é _____, com a seguinte periodicidade _____

O médico explicou-me que o procedimento só requer um gel lubrificante com anestesia local, que será colocado na uretra.

3.- O tratamento é feito em ambulatório e não exige cuidados especiais. Compreendi também que os resultados de melhoria ligados a esta técnica podem ser temporários, podendo ser necessárias novas instilações ou outros tratamentos.

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 ou sistemas, como outros específicos do procedimento. Deste modo pode ocorrer que não se consiga a melhoria da qualidade miccional e possam ocorrer, com maior ou menor frequência complicações, tais como a infecção urinária, sintomas e eventuais lesões, e cicatrizes, ao nível da uretra e da bexiga, ou outras que podem depender do líquido instilado como por exemplo: _____

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, envolvendo 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 ou outras, existência de próteses, *pacemaker*, medicações actuais ou qualquer outra circunstância que julgue relevante.

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 as alternativas são, a distensão vesical, a aplicação intravesical de LASER, a aplicação de toxina botulínica, o tratamento em câmara de oxigénio hiperbárico ou o tratamento médico mas que, no meu caso, a escolha terapêutica mais indicada é a Químio-imunoterapia intravesical em cistite intersticial.

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 procedimento.

Nestas condições,

CONSINTO e AUTORIZO

Que me seja realizada INSTILAÇÃO / QUÍMIO-IMUNOTERAPIA INTRAVESICAL EM CISTITE INTERSTICIAL

Local: _____ Data: ____/____/____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____