

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO INTRAVESICAL COM TOXINA BOTULÍNICA

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 e episódios de imperiosidade miccional 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, pela uretra, de um aparelho (cistoscópio) portador de uma agulha cuja ponta se introduz em vários pontos da mucosa vesical e pela qual é injectado toxina butolínica que irá diminuir as contracções vesicais.

O médico explicou-me que o procedimento requer a administração de anestesia, de cujos riscos serei informado pelo Serviço de Anestesia.

- 3.- O pós-operatório previsto no Hospital é de um dia, podendo todavia prolongar-se se surgirem complicações. Durante este tempo será administrado líquido por via endovenosa durante 24h. A seguir à alta hospitalar haverá um período de convalescença durante alguns dias em há que ter alguns cuidados, nomeadamente abstenção de esforços físicos, e um seguimento em consulta. Compreendi também que os resultados de melhoria ligados a esta técnica são temporários, durando de seis a nove meses, após os quais é necessário novas injecções.

- 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: infecção, retenção urinária pós-operatória ou falta de força muscular generalizada. Ainda podem ocorrer fenómenos de

tromboembolismo (coágulos de sangue) venosos e/ou pulmonares e complicações cardiovasculares, apesar da eventual profilaxia utilizada, cuja gravidade depende da intensidade do quadro mas que podem levar à morte.

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 cistectomia com derivação urinária, as cistoplastias de aumento, a desinervação do detrusor, a distensão vesical, a instilação de vanilóides ou capsaïcina ou o tratamento médico mas que, no meu caso, a escolha terapêutica mais indicada é o tratamento intravesical com toxina botulínica.

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 realizado TRATAMENTO INTRAVESICAL COM TOXINA BOTULÍNICA

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____