

**DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
INCONTINÊNCIA URINÁRIA – CIRURGIA LAPAROSCÓPICA**

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 a correcção ou melhoria da incontinência urinária. A utilização da laparoscopia procura obter um pós-operatório menos doloroso, a rápida retirada da sonda (algália) e uma permanência mais curta no hospital, assim como retomar mais rapidamente a minha actividade habitual.

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, de cujos riscos serei informado pelo serviço de Anestesiologia.

3.- Através desta técnica procura corrigir-se a incontinência urinária de esforço na mulher, por suspensão do colo e da uretra, através de pequenos orifícios por onde se introduzem uma câmara endoscópica e instrumentação de corte, coagulação, etc.

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 uma melhoria da incontinência, ou não realização da intervenção usando esta técnica, sendo necessária uma cirurgia convencional. Também compreendo que pode ocorrer um quadro de enfisema subcutâneo; de retenção urinária posterior, que exija um cateterismo ou uma nova intervenção; hemorragia incoercível, tanto durante o acto cirúrgico como no pós-operatório, cujas consequências podem ser diversas, dependendo da gravidade da hemorragia e do tratamento que venha a ser necessário, oscilando desde uma gravidade mínima, até à morte; lesão intestinal com possível peritonite, choque séptico e morte possível; lesão vesical e/ou uretral com abertura das mesmas ou abertura ureteral e extravasamento urinário que pode originar fístulas urinárias, infecções, abscessos, peritonite, choque séptico e possível morte; formação de cálculos vesicais por reacção a corpo estranho; complicações dos orifícios cirúrgicos; infecção, defeito estético, intolerância às suturas, herniação de ansa intestinal, dispareunia (coito doloroso).

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 existe outra alternativa, para além da abstenção terapêutica, que é a cirurgia convencional, embora, no meu caso, a alternativa terapêutica mais indicada seja a Cirurgia Laparoscópica da incontinência urinária.

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 CIRURGIA LAPAROSCÓPICA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Local: _____ Data: ____/____/____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____