

**DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
ENCERRAMENTO DE FÍSTULA URETRAL**

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 obter uma melhoria da qualidade da micção e suprimir a necessidade da utilização de sonda vesical (algália) (se for o caso).

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 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 Hematerapia. Poderá também ser utilizado Raios X como complemento do procedimento.

- 3.- A técnica cirúrgica a ser utilizada depende de vários factores, tais como a localização do orifício da fístula, a existência de uma fístula única ou de fístulas múltiplas, o estado dos tecidos circundantes e a eventual necessidade de corrigir outra malformação do pénis. Deste modo, a intervenção pode ir desde um encerramento simples da fístula por planos, até à utilização de retalhos de rotação ou a uma cirurgia em dois tempos, um de abertura da fístula e outro subsequente de reconstrução.

Também sei que, durante a cirurgia, existe a possibilidade, especialmente se a fístula for complexa, de ser necessário efectuar modificações do procedimento devido aos achados intra-operatórios, para poder ter o tratamento mais adequado, incluindo deixar colocada uma sonda durante alguns dias.

- 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: recorrência da fístula, que se observou globalmente em 50% dos casos, infecção, inflamação, ou hemorragia discreta e dor ou dificuldade miccional pós-operatória; angulação do pénis com a erecção.

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, no meu caso, não existe uma alternativa terapêutica válida para obter o encerramento da fístula.

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 realizado ENCERRAMENTO DE FÍSTULA URETRAL

Local: _____ Data: ____/____/____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____