

## DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PRÓTESE PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA (ESFÍNCTER ARTIFICIAL)

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 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, de cujos riscos serei informado pelo serviço de Anestesiologia.

3.- Através desta técnica, trata-se de corrigir a incontinência de urina por meio da colocação de um esfíncter artificial, que consta de três partes: uma banda que é colocada em redor da uretra ou do colo da bexiga, um reservatório de líquido, que se coloca no abdómen e uma válvula que orienta a circulação do líquido desde a banda em direcção ao reservatório, para urinar e em sentido contrário para encerrar e, desse modo controlar a saída de urina. A válvula coloca-se na bolsa escrotal, no homem ou nos lábios dos genitais, na mulher, e é controlada pelo próprio doente.

O médico informou-me que a intervenção se realiza sob anestesia geral ou raquidiana, depois da qual é necessário manter uma algália durante alguns dias e em seguida, manter o esfíncter sem funcionar (desactivado) durante algumas semanas.

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 uma melhoria da incontinência, quer seja de forma contínua ou ocasional; queixas na região operada, de duração variável, que podem exigir a retirada do esfíncter; dificuldade de utilização da válvula que pode alterar o funcionamento do esfíncter; avaria ou intolerância a algum dos componentes do esfíncter, que obrigue a nova intervenção cirúrgica para reparação ou retirada do esfíncter; infecção, local, regional ou generalizada, que pode obrigar à retirada do esfíncter; complicações da ferida cirúrgica (diminuição da sensibilidade cutânea ou vaginal, infecção nos seus diferentes graus de gravidade, abertura da ferida, que pode exigir reintervenções, eventração, exigindo nova intervenção, lesões vesicais ou uretrais com fístulas temporárias ou permanentes, defeitos estéticos devidos às complicações anteriores ou processos cicatriciais, intolerância ao material de sutura, com necessidade de extracção cirúrgica); formação de cálculos vesicais; coito doloroso (dispareunia), dor no púbis (osteíte púbica), instabilidade vesical, que provoca sensação de urgência miccional, debilidade dos músculos das pernas (parésias do quadrícipite/psoas), reacções inflamatórias dos nervos adjacentes (neurinomas), prolapso da vagina ou do intestino posterior, outras complicações extremamente infrequentes; tromboembolismos venosos profundos ou pulmonares, cuja gravidade depende da intensidade do quadro; hemorragias digestivas, que são pouco frequentes, mas que podem existir, ainda que se tomem medidas profilácticas 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 as alternativas são os fármacos, a injeção periuretral de teflon/colagénio/gordura e a reabilitação do pavimento pélvico, mas que, no meu caso, a opção terapêutica mais indicada é a prótese para a incontinência urinária (esfíncter artificial).

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 PRÓTESE PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA (ESFÍNCTER ARTIFICIAL)**

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O doente: \_\_\_\_\_

Representante legal ou familiar: \_\_\_\_\_

O médico: \_\_\_\_\_