

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA FOTO-VAPORIZAÇÃO ENDOSCÓPICA PROSTÁTICA COM LASER

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 melhorar a qualidade da micção e suprimir a sonda vesical permanente (algália) se for portador

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 fibra óptica, cuja finalidade é vaporizar internamente a próstata, ou melhor, o tecido benigno hipertrofiado da próstata, o que vai desobstruir a uretra e facilitar a passagem da urina. No final da intervenção será colocada uma algália na bexiga.

O médico explicou-me que o procedimento requer a administração de anestesia e que é possível, embora improvável, que, durante ou após a intervenção, seja necessária a utilização de sangue e/ou seus derivados de cujos riscos serei informado pelos Serviços de Anestesia e Hemoterapia. Será ser utilizada tecnologia sofisticada com recurso a geradores de LASER e fibras ópticas condutoras. São utilizados medicamentos e soros complementares do procedimento.

- 3.- O pós-operatório previsto no Hospital é de um a três dias, podendo todavia prolongar-se se surgirem complicações. Durante este tempo será administrado líquido por via endovenosa durante 24 horas e, em princípio, não será necessário a administração de transfusão de sangue. As linhas endovenosas e a algália vão sendo retirados quando o médico considerar oportuno. Uma vez retirada a algália, retomarei as micções de forma natural, inicialmente com alguns sintomas, tais como ardor, imperiosidade ou incontinência, que habitualmente desaparecem em poucos dias. A seguir à alta hospitalar haverá um período de convalescença durante algumas semanas em que há que ter alguns cuidados, que me serão explicados, para evitar hemorragias, infecções e retenções urinárias e um seguimento em consulta.

- 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 ou que possam ocorrer complicações, tais como: infecção, retenção urinária pós-operatória, desenvolvimento de uma estenose uretral, ejaculação retrógrada, disfunção eréctil, incontinência urinária ou hemorragia incoercível; esta última pode ocorrer durante o acto cirúrgico ou no pós-operatório e as suas consequências podem ser muito diversas, dependendo do tipo de tratamento que seja necessário efectuar, oscilando desde uma gravidade mínima até à possibilidade de morte, em consequência directa da hemorragia ou por efeitos secundários dos tratamentos efectuados. 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.

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.

O médico também me explicou que neste procedimento não é possível fazer a análise anatómico-patológica do tecido vaporizado, e que este procedimento não elimina o risco de desenvolvimento futuro de um cancro no tecido não excisado, sendo, no entanto, um risco no máximo igual ao que seria se não fosse efectuado o procedimento.

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 ressecção transuretral da próstata, a implantação de uma prótese uretral, a colocação de uma algália permanente ou o tratamento médico mas que, no meu caso, a escolha terapêutica mais indicada é a Foto Vaporização Endoscópica Prostática com LASER .

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 Foto Vaporização Endoscópica Prostática com LASER

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____