

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA

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 a destruição das células prostáticas malignas.

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 Anestesia.

- 3.- O médico explicou-me que o procedimento consiste em irradiar a próstata através de pequenas peças rádio activas (a que damos o nome de "sementes") que são colocadas nesse órgão e cuja finalidade é provocar a morte celular. Esta intervenção consiste na introdução de agulhas por via perineal, (região entre os testículos e o ânus) controladas por ecografia transrectal e colocação, através das agulhas, dessas "sementes" de material rádio activo na próstata. O número de sementes a colocar é determinado pelo volume prostático adquirido por ecografia transrectal (volumetria) e as suas posições são determinada por um processo informático denominado planimetria

O pós-operatório previsto no Hospital é de aproximadamente 1 dia, podendo todavia prolongar-se se surgirem complicações. Durante este tempo ou durante o procedimento cirúrgico poderá haver necessidade de ser colocada uma sonda vesical ou um cateter de cistostomia. Uma vez retirada a algália retomarei as micções de forma natural, inicialmente com alguns sintomas, tais como ardor ou imperiosidade, que habitualmente desaparecem em poucos dias. A seguir à alta hospitalar haverá um período de convalescença durante a qual são possíveis algumas alterações e complicações e em que serão necessários os seguintes cuidados:

Nos primeiros sete dias devo evitar alimentos de difícil digestão, cafés, refrigerantes e bebidas alcoólicas; após o quinto dia poderei iniciar a actividade sexual, no entanto, posso sentir dores genitais e, neste caso, o reinício deverá ser suspenso por 15 dias; o uso de preservativo será necessário por alguns meses já que, na ejaculação, pode haver eliminação de uma ou mais sementes; na primeira semana foi-me recomendado não ficar perto de crianças. Nos quatro primeiros meses pós-implante não me posso aproximar de gestantes.

Se alguma "semente" for expelida pela uretra devo pegar nela com uma pinça e colocá-la dentro do tubo metálico que me foi fornecido para o efeito. Esse tubo será entregue no centro onde o tratamento foi executado.

- 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 seja possível realizar, no todo ou em parte, a intervenção programada; que haja pioras da qualidade miccional; e que possam ocorrer, com maior ou menor frequência complicações, tais como: infecção, retenção urinária pós-operatória, disfunção erétil, incontinência urinária, hemospermia, sufusões hemorrágicas perineais ou hematoquésias. Muito raramente podem ocorrer fístulas com órgãos vizinhos, nomeadamente o recto. 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 radiação externa, a prostatectomia radical ou a crioablação mas que, no meu caso, a alternativa terapêutica mais indicada é a braquiterapia prostática.

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 BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA

Local: _____ Data: ____/____/____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____