DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CRIOABLAÇÃO 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 didáticos.
- 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 congelar o tecido prostático para se conseguir a morte celular. A intervenção consiste na introdução de agulhas por via perineal (região entre os testículos e o ânus) até à próstata, controladas por ecografia transrectal e, posteriormente, aplicar nelas dois ciclos de congelamento (com argon) e descongelamento (com hélio). Com o fim de evitar complicações, a temperatura deste procedimento é monitorizada através de sondas medidoras de temperatura que se colocam no órgão e na sua periferia.

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 em que são possíveis algumas alterações e complicações

- 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, homospermia, sufusões hemorrágicas perineais, congelamento e perfuração do recto, bexiga, uretra, com a eventual formação de fístulas.

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 braquiterapia prostática mas que, no meu caso, a alternativa terapêutica mais indicada é a crioablação.

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 CRIOABLAÇÃO PROSTÁTICA

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____