

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INJEÇÃO INTRACAVERNOSA

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 contribuir para o diagnóstico da causa de impotência e conseguir uma erecção satisfatória.

A realização do procedimento pode ser captada em imagens para fins científicos ou didácticos

- 2.- Através desta técnica, pretende determinar-se que tipo de alteração (vascular, neurológica, etc.) está a provocar o quadro de impotência que apresento e, deste modo, obter-se a indicação sobre qual o tratamento mais adequado para a sua correcção.

A disfunção erétil ou impotência exige, para o seu diagnóstico, a realização de uma série de exames analíticos, clínicos e radiológicos. Um destes exames é a injeção intracavernosa de substâncias vasoativas que provocam a erecção. Em alguns doentes, este procedimento está também indicado como tratamento da impotência.

- 3.- 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: presença de hemorragia e hematoma por baixo da pele do pénis; dor na zona da injeção; hipotensão; erecção permanente, que é a complicação mais frequente. Se este quadro se prolongar por mais de 4 horas, é necessário o recurso ao Serviço de Urgências do Hospital para observação por um Urologista.

A longo prazo podem surgir, embora com causa múltipla, fibroses, cicatrizes e encurvamentos penianos. O médico explicou-me que estas complicações habitualmente se resolvem com tratamento médico (medicamentos, soros...) no entanto podem levar à necessidade de uma intervenção, por vezes de urgência, incluindo um risco de mortalidade.

- 4.- 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)

5.- O médico explicou-me que, como alternativas, existem a terapêutica oral, o dispositivo de vácuo e a prótese do pénis, mas que, no meu caso, a alternativa terapêutica mais indicada é a injeção intracavernosa.

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 INJEÇÃO INTRACAVERNOSA

Local: _____ Data: ____/____/____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____