

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ORQUIDECTOMIA

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 excisão do testículo doente, a resolução dos sintomas causados pelo testículo doente e, se a orquiectomia for bilateral, a eliminação da produção de testosterona.

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 e que é possível que, durante ou depois da intervenção, seja necessária a utilização de sangue e/ou seus derivados, de cujos riscos irei ser informado pelos Serviços de Anestesiologia e Hemoterapia.

- 3.- Através desta técnica, procede-se à excisão total ou parcial do testículo. Se a orquiectomia for total, também se procede à excisão do epidídimo; se for apenas parcial, faz - se apenas a excisão da parte funcional do testículo, deixando-se o resto das estruturas (orquiectomia subalbugínea).

A orquiectomia total está indicada em processos tumorais, infecciosos, que destruíram o testículo e em casos de atrofia testicular (colocando-se posteriormente uma prótese).

A orquiectomia subalbugínea está indicada nos casos em que interessa provocar uma diminuição dos níveis de testosterona no sangue (hormona masculina), tal como no carcinoma da próstata, para um melhor controlo do mesmo. Neste caso, a operação realiza-se em ambos os testículos. Estas intervenções fazem-se sob anestesia regional, geral ou local.

A incisão realiza-se na pele do escroto (na orquiectomia subalbugínea) ou na região inguinal (na orquiectomia total ou radical) do lado a extirpar. Se a orquiectomia for parcial, a incisão será ao nível da pele do escroto.

O médico informou-me que o pós-operatório será geralmente curto, podendo seguir-se posteriormente um controlo em ambulatório.

- 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 a extirpação do testículo; persistência total ou parcial da sintomatologia prévia; hemorragia incoercível, tanto durante o acto cirúrgico como no pós-operatório, cujas consequências são 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; complicações da ferida cirúrgica (infecção nos seus diversos graus de gravidade, deiscência da sutura - abertura da ferida -, que pode exigir uma intervenção secundária, fístulas permanentes ou temporárias e defeitos estéticos originados por alguma das complicações anteriores ou processos cicatriciais anómalos; intole-

rância aos materiais de sutura, que pode exigir reintervenção para a sua extracção; nevralgias, hiperestesia -aumento da sensibilidade - ou hipoestesia—diminuição da sensibilidade); dor escrotal crónica, possibilidade de rejeição e/ou infecção e, quando a orquiectomia é bilateral, surgem sintomas por falta de hormona masculina (sudorese, astenia, perda de massa muscular e óssea, sobretudo).

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, se é um tumor maligno do testículo, não existem outras alternativas e que, nas restantes indicações, as alternativas podem ser o tratamento hormonal ou outros tratamentos médicos, mas que, no meu caso, a opção terapêutica mais indicada é a orquiectomia.

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 ORQUIDECTOMIA

Local: _____ Data: ____/____/____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____