DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA VIGILÂNCIA ATIVA NO TUMOR DA PRÓSTATA

HOSPITAL / CLÍNICA _____ Processo _____

NOME DO MÉDICO _____ Cédula Profissional _____

DADOS DO DOENTE

Nome _____

C.C. Nº _____

Morada _____

DADOS DO REPRESENTANTE

Nome _____

C.C. Nº _____

Morada _____

Na qualidade de _____

1. Este protocolo de vigilância ativa está indicado pela presença de um tumor da próstata em fase localizada. Neste contexto, a maioria dos estudos demonstra uma sobrevivência dos doentes superior a 98% num período de dez anos, pelo que o tratamento ativo pode não ser necessário na fase inicial.
2. O médico explicou-me que as alternativas padrão são a cirurgia (prostatectomia radical), a radioterapia, a braquiterapia, os tratamentos focais, o tratamento hormonal e a cirurgia paliativa (como a orquidectomia ou a resseção transuretral da próstata), mas que, no meu caso, a opção mais adequada é a vigilância ativa. Apesar disso, embora os estudos demonstrem que, sob vigilância, o risco de progressão para fases avançadas é muito baixo, o mesmo pode ser o dobro do ocorrido no caso de a opção ser o tratamento ativo.
3. Através deste protocolo pretende-se realizar a vigilância do tumor da próstata, com intenção de detetar uma potencial progressão do mesmo, de forma a ser possível a instituição de tratamento ativo em tempo útil.
4. O médico explicou-me que a realização deste protocolo requer a realização periódica de exames analíticos (como a avaliação do antigénio específico da próstata - PSA), exame objetivo (como o toque retal), exames de imagem (como a ressonância magnética) ou biópsias prostáticas. Estes procedimentos podem ter as seguintes complicações: hemorragia/hematoma, dor/desconforto, reação ao contraste, migração de elementos metálicos e infeção.
5. O médico informou-me que apesar de não estar ativamente a realizar um tratamento, podem aparecer efeitos indesejados (como desconforto urinário, insónia, cansaço e sintomas da esfera sexual), que são comuns a todos os tratamentos para o tumor da próstata, mas que aparecem em percentagem inferior nesta modalidade de tratamento. O médico explicou-me que estes sintomas devem ser discutidos em consulta para que se possam tomar medidas.
6. O médico explicou-me que, ao longo do protocolo de vigilância ativa pode ocorrer uma conversão para um tratamento ativo, que pode ocorrer por evidência de progressão da doença ou por preferência pessoal, o que vem a ocorrer em cerca de 30 a 60% dos casos ao fim de 10 anos, de acordo com os estudos mais recentes.

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 deste protocolo.

Nestas condições,

CONSINTO E AUTORIZO
Que me seja realizada VIGILÂNCIA ATIVA

Local _____ Data ___/___/_____

O Doente _____

O representante legal ou familiar _____

O médico _____