



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

BIOPSIA PRÓSTATICA TRANSRETAL ECOGUIADA

Situação clínica:

DATA DA REALIZAÇÃO DO EXAME/PROCEDIMENTO: ____ / ____ /20__ ÀS __ H: __ MIN

Médico: _____

Nr. Mecanográfico: _____

Biópsia prostática transretal ecoguiada

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

Este procedimento envolve a utilização de uma sonda ecográfica, introduzida por via transretal, de modo a visualizar a próstata. Inclui também a introdução de uma agulha por essa mesma sonda, com o objetivo de colher fragmentos. Normalmente entre 12 e 18 fragmentos que serão posteriormente enviadas para análise anatomo-patológica.

Todo o procedimento é realizado sob anestesia local.

Benefícios:

Permite o diagnóstico de patologia prostática, nomeadamente, cancro da próstata

Complicações relacionadas com o procedimento:

Comuns (>10%)

- Sangue na urina – normalmente resolve-se com aumento da ingestão de água
- Sangue no sémen – pode demorar até 6 semanas a resolver-se, não constituindo qualquer perigo
- Sangue nas fezes
- Sensação de desconforto na próstata

Ocasionais (2-10%)

- Infecção urinária (5%)
- Infecção que necessite de internamento (2%)
- Hemorragia com necessidade de internamento (1%)
- Falha em detetar um possível cancro da próstata
- Hemorragia que leva a retenção urinária (2%)

Rara

- Retenção urinária

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Vigilância com análises de sangue (PSA) e ressonância magnética prostática, de acordo com indicação clínica.

Riscos do não tratamento:

Não detecção de cancro da próstata, que poderá levar á progressão da doença, resultando em morte.

INFORMAÇÃO SOBRE O PROCEDIMENTO

O exame será realizado por um médico urologista.

Antes do procedimento

- Está indicado a toma de antibiótico de modo a prevenir o aparecimento de infeções urinárias.
- Traga o nome dos medicamentos que toma habitualmente.
- Será pedido para despir a metade inferior do corpo.
- Por favor, informe o médico se tiver alergia a algum medicamento.
- Informe o médico se toma algum medicamento para diluir o sangue (Warfin, Xarelto, Eliquis, Aspirina, Tromalyt, Plavix, ...).

Durante o procedimento

- Irá ser pedido que se deite sobre o lado esquerdo, com os joelhos dobrados em direção ao peito.
- Será introduzida uma sonda de ecógrafo através do ânus.
- A anestesia é realizada através de 2/3 “picadas” iniciais. As amostras de tecido são posteriormente obtidas através de 12-18 disparos, que serão acompanhados por um som tipo “crack”.

Após o procedimento

- Será informado dos resultados em consulta com Urologista assistente, normalmente agendada em 3-4 semanas.

PODERÁ COMER E BEBER NORMALMENTE, ANTES E APÓS PROCEDIMENTO

NÃO TEM QUALQUER EFEITO NA MOBILIDADE OU CONDUÇÃO

NÃO REALIZAR ATIVIDADES FISICAS INTENSAS DURANTE 48 HORAS

NAS PRIMEIRAS 24/48 HORAS DEVERÁ INGERIR GRANDE QUANTIDADE DE LIQUIDOS

SINAIS DE ALARME: FEBRE, DOR GRAVE, INCAPACIDADE DE URINAR OU HEMORRAGIA GRAVE NA URINA OU FEZES.

IM - 21.00 Setembro 2019 Serviço Urologia e Transplantação Renal

CHUC - Serviço de Urologia e Transplantação renal – Praceta Prof. Mota Pinto - 3000-075 Coimbra

Direção do Serviço – 239400457

Consulta de Urologia – 239400572

Consulta de Transplantação Renal – 239400400 – Ext. 10714

Internamento Urologia – 239400658

dirurotrans@chuc.min-saude.pt

urocons@huc.min-saude.pt

constransrenal@huc.min-saude.pt

uroint@huc.min-saude.pt

Parte declarativa do profissional

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: _____

Data: ___/___/_____

Assinatura, número de cédula profissional ou número mecanográfico (se não aplicável a primeira disposição): _____

Unidade de Saúde: _____

Contato institucional do profissional de saúde: _____

À Pessoa/representante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Parte declarativa da pessoa que consente

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: _____

Data: ___/___/_____

Assinatura: _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

NOME: _____

DOC. IDENTIFICAÇÃO Nº _____ DATA OU VALIDADE ____ / ____ / ____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.