



Serviço de Urologia e  
Transplantação Renal

Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### PRÓTESE PENIANA SEMIRRIGIDA

#### Situação clínica:

### PRÓTESE PENIANA SEMIRRIGIDA

#### Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

Consiste na colocação de 2 cilindros semirrígidos no interior dos corpos cavernosos. A colocação de uma prótese semi-rígida torna o pénis firme, que pode ser colocado manualmente num estado de erecção ou flácido e oferece a vantagem de permitir uma utilização mais fácil pelo utente. Têm a desvantagem de erecção não natural, redução da capacidade de ocultação e o comprimento do pénis e o perímetro poderão ficar abaixo do ideal.

#### Benefícios:

Restaura uma erecção capaz de devolver uma relação psico-sexualmente satisfatória.

#### Complicações relacionadas com a cirurgia:

**Insucesso funcional** – incapacidade em alcançar ereção satisfatória.

**Avaria ou intolerância a algum dos componentes da prótese** – pode ser necessário a remoção do dispositivo.

**Infeção dos componentes** – pode ser necessário remoção do dispositivo.

**Perfuração da uretra**

IM - 39.00 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](mailto:dirurotrans@chuc.min-saude.pt)

[urocons@huc.min-saude.pt](mailto:urocons@huc.min-saude.pt)

[constransrenal@huc.min-saude.pt](mailto:constransrenal@huc.min-saude.pt)

[uroint@huc.min-saude.pt](mailto:uroint@huc.min-saude.pt)

**Problemas relacionados com ferida operatória e danos neurológicos** – infeção (1-4%) , abertura da ferida (1-6%), aumento ou perda da sensibilidade

**Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas**

Fármacos, injeções intracavernosas e as próteses de vácuo

**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**

IM - 39.00 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](mailto:dirurotrans@chuc.min-saude.pt)

[urocons@huc.min-saude.pt](mailto:urocons@huc.min-saude.pt)

[constransrenal@huc.min-saude.pt](mailto:constransrenal@huc.min-saude.pt)

[uroint@huc.min-saude.pt](mailto:uroint@huc.min-saude.pt)



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. <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima) <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>

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.