



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### VARICOCELECTOMIA

#### Situação clínica:

### VARICOCELECTOMIA

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

Consiste na laqueação das veias que se dirigem para o testículo, que são as causadoras do varicocele.

#### Benefícios:

Este procedimento tem como objetivo a cura do varicocele, com melhoria ao nível do espermograma, fertilidade e sintomas associados.

#### Complicações relacionadas com a cirurgia:

**Infeção da ferida operatória**

**Hematoma**

**Seroma**

**Isquémia e atrofia testicular (raro)**

**Hidrocele (<20%)** – líquido á volta do testículo. Pode necessitar de nova intervenção cirúrgica para a sua correção.

**Parestesia/Anestesia da região inguinal/escroto** – dormência da pele do escroto e parta da frente da coxa, junto à virilha

IM - 46.00 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)

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

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

## Laqueação do canal deferente

## Laqueação do ureter

### Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas

Embolização da veia gonadal por abordagem percutânea.

### Riscos do não tratamento:

Manutenção dos sintomas associados tais como dor ou desconforto local, atrofia testicular e infertilidade.

### 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.<sup>[1]</sup>

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

IM - 46.00 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)

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. [SEP]

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

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

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

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

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.