

**Serviço de Urologia e Transplantação Renal**

**Director: Prof. Arnaldo Figueiredo**

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

**INJEÇÃO INTRACAVERNOSA DE  
FÁRMACO**

**Situação clínica:**

**Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:**

Envolve a injeção de fármacos nos corpos cavernosos (tecido erétil do pénis), contribuindo assim para o diagnóstico e tratamento da disfunção erétil (impotência) e conseguir uma ereção satisfatória.

**Benefícios:**

Através desta técnica pretende determinar-se que tipo de alteração (neurológica, vascular, etc) está a provocar o quadro de impotência e, deste modo, obter-se a indicação sobre qual o tratamento mais adequado para a sua correção

**Complicações relacionadas com o procedimento:**

**Curto prazo**

- Hemorragia e hematoma por baixo da pele do pénis
- Dor na região da injeção.
- Hipotensão
- Ereção permanente, que é complicação mais frequente - **se este quadro se prolongar por >4 horas é necessário recorrer ao serviço de Urgência.**

**Longo prazo**

- Fibroses, cicatrizes e endurecimentos penianos

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

Terapêutica oral, dispositivo de vácuo e prótese peniana

**Riscos do não tratamento:**

Não resolução do quadro de impotência.

**Serviço de Urologia e Transplantação Renal**

**Director: Prof. Arnaldo Figueiredo**

**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 assinie 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.**

**Serviço de Urologia e Transplantação Renal**

**Director: Prof. Arnaldo Figueiredo**

Cópia para  
o doente

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

**INJEÇÃO INTRACAVERNOSA DE  
FÁRMACO**

**Situação clínica:**

**Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:**

Envolve a injeção de fármacos nos corpos cavernosos (tecido erétil do pénis), contribuindo assim para o diagnóstico e tratamento da disfunção erétil (impotência) e conseguir uma ereção satisfatória.

**Benefícios:**

Através desta técnica pretende determinar-se que tipo de alteração (neurológica, vascular, etc) está a provocar o quadro de impotência e, deste modo, obter-se a indicação sobre qual o tratamento mais adequado para a sua correção

**Complicações relacionadas com o procedimento:**

**Curto prazo**

- Hemorragia e hematoma por baixo da pele do pénis
- Dor na região da injeção.
- Hipotensão
- Ereção permanente, que é complicação mais frequente - **se este quadro se prolongar por >4 horas é necessário recorrer ao serviço de Urgência.**

**Longo prazo**

- Fibroses, cicatrizes e endurecimentos penianos

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

Terapêutica oral, dispositivo de vácuo e prótese peniana

**Riscos do não tratamento:**

Não resolução do quadro de impotência.

**Serviço de Urologia e Transplantação Renal**

**Director: Prof. Arnaldo Figueiredo**

**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.**