

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

**TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA INTRA-VESICAL
MITOMICINA C**

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

A instilação intra-vesical de mitomicina C consiste num tratamento de quimioterapia local (na bexiga) complementar à cirurgia de ressecção transuretral do tumor da bexiga, no tratamento da neoplasia não musculo-invasiva de bexiga. É normalmente realizado algumas semanas após a cirurgia e pode estar indicado em doentes com neoplasia papilar não musculo-invasiva da bexiga de intermédio/alto grau, sendo habitualmente realizado por um período de semanas a meses. Para o tratamento é necessária a colocação de uma sonda vesical através da qual é feita a administração do fármaco.

Benefícios:

O tratamento tem em vista um melhor controlo da doença, evitando a sua recorrência.

Complicações relacionadas com o procedimento:

- Infeções do trato urinário, maioritariamente confinadas à bexiga (cistite) com sintomas de ardor ao urinar, aumento da frequência urinária, urgência urinária.
- Sangue na urina (hematúria).
- Dermatite de contacto

Outros riscos:

- Associados à algiação: traumatismo/lesão da uretra, uretrorragia
- Reações alérgicas aos fármacos

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Dependendo da situação clínica: outro tipo de terapêutica antineoplásica intra-vesical.

Riscos do não tratamento:

Recorrência ou progressão da doença, com aparecimento dos sintomas por ela causados.

SINAIS DE ALARME: FEBRE, SINTOMAS URINÁRIOS, HEMATÚRIA, MAL-ESTAR GRAVE MESMO COM TEMPERATURA NORMAL

IM - 67.00 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

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

**TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA INTRA-VESICAL
MITOMICINA C**

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

A instilação intra-vesical de mitomicina C consiste num tratamento de quimioterapia local (na bexiga) complementar à cirurgia de ressecção transuretral do tumor da bexiga, no tratamento da neoplasia não musculo-invasiva de bexiga. É normalmente realizado algumas semanas após a cirurgia e pode estar indicado em doentes com neoplasia papilar não musculo-invasiva da bexiga de intermédio/alto grau, sendo habitualmente realizado por um período de semanas a meses. Para o tratamento é necessária a colocação de uma sonda vesical através da qual é feita a administração do fármaco.

Benefícios:

O tratamento tem em vista um melhor controlo da doença, evitando a sua recorrência.

Complicações relacionadas com o procedimento:

- Infeções do trato urinário, maioritariamente confinadas à bexiga (cistite) com sintomas de ardor ao urinar, aumento da frequência urinária, urgência urinária.
- Sangue na urina (hematúria).
- Dermatite de contacto

Outros riscos:

- Associados à algiação: traumatismo/lesão da uretra, uretrorragia
- Reações alérgicas aos fármacos

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Dependendo da situação clínica: outro tipo de terapêutica antineoplásica intra-vesical.

Riscos do não tratamento:

Recorrência ou progressão da doença, com aparecimento dos sintomas por ela causados.

SINAIS DE ALARME: FEBRE, SINTOMAS URINÁRIOS, HEMATÚRIA, MAL-ESTAR GRAVE MESMO COM TEMPERATURA NORMAL

IM - 67.00 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

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.