



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### BIÓPSIA PRÓSTATICA TRANSRETAL ECOGUIADA

**Situação clínica:**

**DATA DA REALIZAÇÃO DO EXAME/PROCEDIMENTO:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_ ÀS \_\_ H: \_\_ MIN

**Médico:** \_\_\_\_\_

**Nr. Mecnográfico:** \_\_\_\_\_

#### 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](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)

### **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.