



Diretor: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

PROSTATECTOMIA RADICAL

Situação clínica:

Prostatectomia radical

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

Remoção total da próstata e vesículas seminais devido a cancro da próstata. Pode estar associada a linfadenectomia pélvica – remoção de gânglios linfáticos.

NECESSITA DE ALGALIAÇÃO APÓS O PROCEDIMENTO.

Benefícios:

Tratamento definitivo e a cura do cancro da próstata. Adicionalmente, permite uma melhor caracterização histológica do tumor com a análise da peça.

Complicações relacionadas com a cirurgia:

Perda de urina no pós-operatório (10%) com recuperação da continência em 89-100% dos casos aos 12 meses

Impotência sexual (perda da ereção e ejaculação) com recuperação da ereção entre 26-63% aos 12 meses

Linfocelo (3,2%) – acumulação de linfa podendo haver alguma drenagem da linfa pelo local do dreno

Infeção da ferida operatória (2,8%) com aumento do tempo de internamento

IM - 36.00 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



SAÚDE

Aperto do colo vesical (2,2%) – aperto de saída da bexiga para uretra pode acontecer meses após a cirurgia

Hematoma (1,6%) – acumulação de sangue na zona da cirurgia com aumento do tempo de internamento

Trombose venosa profunda (1%) e tromboembolia pulmonar (0,5%)

Lesão de estruturas adjacentes: veias e artérias (0,04%), nervo periférico (0,4%), ureter (1,5%), bexiga (0,05%) e recto (0,5%).

Sépsis - infeção grave com necessidade de internamento mais prolongado (0,2%)

MORTALIDADE – 0,1%

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Radioterapia

Riscos do não tratamento:

O não tratamento resultará numa progressão continua da doença. Com o aumento do volume do tumor poderão surgir complicações locais e generalizadas: dor, hemorragia, retenção urinária, insuficiência renal por invasão dos uréteres, invasão do reto e outras estruturas adjacentes e metastização á distância (gânglios, ossos, fígado, pulmões, ...); para tentar impedir a rápida progressão da doença haverá necessidade de fazer tratamento hormonal que também tem efeitos secundários importantes e eficácia temporária. A possibilidade de o tumor ser a causa de morte é elevada.

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

IM - 36.00 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



SAÚDE

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. ^[1]_[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) ^[1]_[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.