



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](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)



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**

Confirmo 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](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)



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. <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>

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

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

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

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima) <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>

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.