

## Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

### CONSENTIMENTO INFORMADO TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA SISTÉMICA BEP (BLEOMICINA – ETOPOSIDO-CISPLATINA)

#### Situação clínica:

#### Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

A quimioterapia com BEP consiste numa terapêutica antineoplásica sistémica que está indicada em doente com tumor do testículo não metastático e metastático. É um tratamento com intenção curativa.

#### Benefícios:

O tratamento permite a cura da doença, evitando a progressão da mesma com melhoria dos sintomas e da sobrevivência

#### Complicações relacionadas com o procedimento:

##### **Comuns (risco maior que 10%):**

- Náuseas e vómitos, diarreia, obstipação, boca seca e úlceras orais, alterações do gosto, perda de apetite, anemia, hematomas e hemorragia, retenção de líquidos (inchaço das pernas e aumento de peso), insuficiência renal, febre e arrepios, alterações audição (zumbido) e aumento do risco de infeções oculares.
- Risco aumentado de apanhar infeções devido a diminuição do número de glóbulos brancos sanguíneos.
- Formigueiros ou dormências dos pés e mãos que podem ser temporárias ou persistentes, manchas vermelhas na pele ou hiperpigmentação, perda de cabelo e alteração das unhas.

##### **Ocasional (entre 2 e 10%):**

- Dor abdominal, obstipação, reações alérgicas, arritmia cardíaca
- Inflamação e fibrose pulmonar
- Se radioterapia anterior, pele da região irradiada poderá ficar ruborizada.
- O etoposido pode extravasar durante administração, causando lesões nos tecidos que circundam as veias.

##### **Outros riscos:**

- A síndrome de Raynaud foi reportado em doentes a receber BEP, mas a sua incidência é desconhecida.
- Muito raramente, a quimioterapia pode aumentar o risco de desenvolvimento de outra neoplasia, alguns anos após o tratamento.
- A doença neoplásica aumenta risco de trombose, exacerbado pela utilização de alguns medicamentos utilizados na terapêutica do cancro.
- Pode haver alterações da qualidade do esperma. Pode levar à infertilidade.
- Alguns fármacos podem ter efeitos nos fetos em desenvolvimento. O homem deve evitar a paternidade durante o tratamento e 6 meses após o seu término
- Muito raramente, a terapêutica antineoplásica causa complicações que podem causar a morte.

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

Dependendo da situação clínica, radioterapia ou linfadenectomia retroperitoneal.

#### Riscos do não tratamento:

Progressão da doença, com sintomas e diminuição da doença a ela associados.

### SINAIS DE ALARME: FEBRE OU MAL-ESTAR GRAVE MESMO COM TEMPERATURA NORMAL

IM - 60.00 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)

[constransprenal@huc.min-saude.pt](mailto:constransprenal@huc.min-saude.pt)

[uroint@huc.min-saude.pt](mailto: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 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.**

**Serviço de Urologia e Transplantação Renal**

**Director: Prof. Arnaldo Figueiredo**

**CONSENTIMENTO INFORMADO  
TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA SISTÉMICA  
BEP (BLEOMICINA – ETOPOSIDO-CISPLATINA)**

**Situação clínica:**

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

A quimioterapia com BEP consiste numa terapêutica antineoplásica sistémica que está indicada em doente com tumor do testículo não metastático e metastático. É um tratamento com intenção curativa.

**Benefícios:**

O tratamento permite a cura da doença, evitando a progressão da mesma com melhoria dos sintomas e da sobrevivência

**Complicações relacionadas com o procedimento:**

**Comuns (risco maior que 10%):**

- Náuseas e vômitos, diarreia, obstipação, boca seca e úlceras orais, alterações do gosto, perda de apetite, anemia, hematomas e hemorragia, retenção de líquidos (inchaço das pernas e aumento de peso), insuficiência renal, febre e arrepios, alterações audição (zumbido) e aumento do risco de infeções oculares.
- Risco aumentado de apanhar infeções devido a diminuição do número de glóbulos brancos sanguíneos.
- Formigueiros ou dormências dos pés e mãos que podem ser temporárias ou persistentes, manchas vermelhas na pele ou hiperpigmentação, perda de cabelo e alteração das unhas.

**Ocasional (entre 2 e 10%):**

- Dor abdominal, obstipação, reações alérgicas, arritmia cardíaca
- Inflamação e fibrose pulmonar
- Se radioterapia anterior, pele da região irradiada poderá ficar ruborizada.
- O etoposido pode extravasar durante administração, causando lesões nos tecidos que circundam as veias.

**Outros riscos:**

- A síndrome de Raynaud foi reportado em doentes a receber BEP, mas a sua incidência é desconhecida.
- Muito raramente, a quimioterapia pode aumentar o risco de desenvolvimento de outra neoplasia, alguns anos após o tratamento.
- A doença neoplásica aumenta risco de trombose, exacerbado pela utilização de alguns medicamentos utilizados na terapêutica do cancro.
- Pode haver alterações da qualidade do esperma. Pode levar à infertilidade.
- Alguns fármacos podem ter efeitos nos fetos em desenvolvimento. O homem deve evitar a paternidade durante o tratamento e 6 meses após o seu término
- Muito raramente, a terapêutica antineoplásica causa complicações que podem causar a morte.

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

Dependendo da situação clínica, radioterapia ou linfadenectomia retroperitoneal.

**Riscos do não tratamento:**

Progressão da doença, com sintomas e diminuição da doença a ela associados.

**SINAIS DE ALARME: FEBRE OU MAL-ESTAR GRAVE MESMO COM TEMPERATURA NORMAL**

IM - 60.00 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)

[constransprenal@huc.min-saude.pt](mailto:constransprenal@huc.min-saude.pt)

[uroint@huc.min-saude.pt](mailto: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 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.**