

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

**CONSENTIMENTO INFORMADO
TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA SISTÉMICA
CARBOPLATINA**

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

A quimioterapia com carboplatina consiste numa terapêutica antineoplásica sistémica que está indicada em doente com tumor do testículo não 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, obstipação, perda de apetite, anemia, hematomas e hemorragia, retenção de líquidos (inchaço das pernas e aumento de peso), insuficiência renal, cansaço fácil.
- Risco aumentado de apanhar infeções devido a diminuição do número de glóbulos brancos sanguíneos
- Alterações cutâneas: perda de cabelo, rubor e hiperpigmentação

Ocasional (entre 2 e 10%):

- Formigueiros ou dormências dos pés e mãos que podem ser temporárias ou persistentes, diarreia, obstipação, úlceras na boca, perda de apetite
- Alterações do gosto, alterações da audição.

Outros riscos:

- A carboplatina pode extravasar durante administração, causando lesões nos tecidos que circundam as veias
- Reações alérgicas durante administração da carboplatina são extremamente raras (<1%)
- 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 ou mulher devem 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 - 62.00 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 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

Cópia para
o doente

**CONSENTIMENTO INFORMADO
TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA SISTÉMICA
CARBOPLATINA**

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

A quimioterapia com carboplatina consiste numa terapêutica antineoplásica sistémica que está indicada em doente com tumor do testículo não 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, obstipação, perda de apetite, anemia, hematomas e hemorragia, retenção de líquidos (inchaço das pernas e aumento de peso), insuficiência renal, cansaço fácil.
- Risco aumentado de apanhar infeções devido a diminuição do número de glóbulos brancos sanguíneos
- Alterações cutâneas: perda de cabelo, rubor e hiperpigmentação

Ocasional (entre 2 e 10%):

- Formigueiros ou dormências dos pés e mãos que podem ser temporárias ou persistentes, diarreia, obstipação, úlceras na boca, perda de apetite
- Alterações do gosto, alterações da audição.

Outros riscos:

- A carboplatina pode extravasar durante administração, causando lesões nos tecidos que circundam as veias
- Reações alérgicas durante administração da carboplatina são extremamente raras (<1%)
- 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 ou mulher devem 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 linfanelectomia 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 - 62.00 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 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.