

**Serviço de Urologia e Transplantação Renal**

**Director: Prof. Arnaldo Figueiredo**

**CONSENTIMENTO INFORMADO**  
**TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA SISTÉMICA**  
**APALUTAMIDA**

**Situação clínica:**

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

A hormonoterapia com apalutamida consiste numa terapêutica antineoplásica sistémica que está indicada em doentes com carcinoma da próstata metastático. Não é um tratamento curativo.

**Benefícios:**

O tratamento permite um controlo mais eficaz da doença, atrasando a progressão da mesma com melhoria dos sintomas e da sobrevivência

**Complicações relacionadas com o procedimento:**

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

- Pressão arterial elevada, retenção de líquidos (aumento de peso e inchaço das pernas).
- Prurido (comichão), erupção cutânea, calores (afrontamentos)
- Diminuição do apetite, diarreia, náuseas, cansaço e fadiga fácil, perda de peso.
- Alteração do potássio, aumento do colesterol ou triglicéridos, hiperglicemia, alteração das hormonas da tiróide (hiper ou hipotiroidismo).
- Anemia, diminuição dos glóbulos brancos, dores articulares e fragilidade óssea (osteoporose), risco de quedas.
- Maior susceptibilidade a infecções

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

- Problemas cardiovasculares: insuficiência cardíaca, doença cardíaca isquémica (enfarte) ou doença cerebrovascular (AVC).
- Alterações do paladar e espasmos musculares
- Convulsões

**Outros riscos:**

- Efeitos secundários incomuns: necrólise epidérmica tóxica, doença pulmonar intersticial, hipersensibilidade ao fármaco (alergia)
- Pode haver alterações da qualidade do esperma.
- Alguns fármacos podem ter efeitos nos fetos em desenvolvimento. O homem deve evitar a paternidade durante 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: castração química ou cirúrgica, quimioterapia ou outro novo agente hormonal.

**Riscos do não tratamento:**

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

**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 assinie 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**  
**APALUTAMIDA**

**Situação clínica:**

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

A hormonoterapia com apalutamida consiste numa terapêutica antineoplásica sistémica que está indicada em doentes com carcinoma da próstata metastático. Não é um tratamento curativo.

**Benefícios:**

O tratamento permite um controlo mais eficaz da doença, atrasando a progressão da mesma com melhoria dos sintomas e da sobrevivência

**Complicações relacionadas com o procedimento:**

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

- Pressão arterial elevada, retenção de líquidos (aumento de peso e inchaço das pernas).
- Prurido (comichão), erupção cutânea, calores (afrontamentos)
- Diminuição do apetite, diarreia, náuseas, cansaço e fadiga fácil, perda de peso.
- Alteração do potássio, aumento do colesterol ou triglicéridos, hiperglicemia, alteração das hormonas da tiróide (hiper ou hipotiroidismo).
- Anemia, diminuição dos glóbulos brancos, dores articulares e fragilidade óssea (osteoporose), risco de quedas.
- Maior susceptibilidade a infecções

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

- Problemas cardiovasculares: insuficiência cardíaca, doença cardíaca isquémica (enfarte) ou doença cerebrovascular (AVC).
- Alterações do paladar e espasmos musculares
- Convulsões

**Outros riscos:**

- Efeitos secundários incomuns: necrólise epidérmica tóxica, doença pulmonar intersticial, hipersensibilidade ao fármaco (alergia)
- Pode haver alterações da qualidade do esperma.
- Alguns fármacos podem ter efeitos nos fetos em desenvolvimento. O homem deve evitar a paternidade durante 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: castração química ou cirúrgica, quimioterapia ou outro novo agente hormonal.

**Riscos do não tratamento:**

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

**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 assinie 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.**