

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO
TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA SISTÉMICA
ENZALUTAMIDA

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

A hormonoterapia com enzalutamida consiste numa terapêutica antineoplásica sistémica que está indicada como 2ª linha em doentes com carcinoma da próstata metastático ou em 1ª linha no carcinoma da próstata não metastático resistente à castração. 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%):

- Cansaço e fadiga fácil, dor de cabeça, tensão arterial elevada, afrontamentos e suores.

Ocasional (entre 2 e 10%):

- Alterações da concentração e memória, ansiedade, síndrome das pernas inquietas, osteoporose. Risco aumento de quedas e fracturas.
- Pele seca, aumento e dor mamária, dor e inchaço das articulações e músculos.

Outros riscos:

- Pode reduzir a resistência a infeções
- Efeito secundário incomum e reversível que afeta o sistema nervoso central, denominado de síndrome da encefalopatia posterior reversível (convulsões, dor de cabeça, alteração do estado mental, distúrbios visuais).
- Alguns fármacos podem ter efeitos nos fetos em desenvolvimento. O homem deve evitar a paternidade durante tratamento e 3 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 enzalutamida.

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 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
ENZALUTAMIDA

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

A hormonoterapia com enzalutamida consiste numa terapêutica antineoplásica sistémica que está indicada como 2ª linha em doentes com carcinoma da próstata metastático ou em 1ª linha no carcinoma da próstata não metastático resistente à castração. 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%):

- Cansaço e fadiga fácil, dor de cabeça, tensão arterial elevada, afrontamentos e suores.

Ocasional (entre 2 e 10%):

- Alterações da concentração e memória, ansiedade, síndrome das pernas inquietas, osteoporose. Risco aumento de quedas e fracturas.
- Pele seca, aumento e dor mamária, dor e inchaço das articulações e músculos.

Outros riscos:

- Pode reduzir a resistência a infeções
- Efeito secundário incomum e reversível que afeta o sistema nervoso central, denominado de síndrome da encefalopatia posterior reversível (convulsões, dor de cabeça, alteração do estado mental, distúrbios visuais).
- Alguns fármacos podem ter efeitos nos fetos em desenvolvimento. O homem deve evitar a paternidade durante tratamento e 3 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 enzalutamida.

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.