

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### REMOÇÃO DE ESPERMATOCELO (QUISTO DO EPIDÍDIMO)

Situação clínica:

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

O quisto do epidídimo é uma coleção de líquido no epidídimo – ducto na porção superior do testículo que armazena e conduz o esperma. É uma lesão benigna, comumente identificada incidentalmente em ecografia escrotal e tipicamente assintomática. O procedimento cirúrgico consiste na remoção do quisto do epidídimo através de uma incisão no escoto.

### Benefícios:

Este procedimento tem como objetivo a exérese cirúrgica do quisto do epidídimo.

### Complicações relacionadas com o procedimento:

- Edema do escroto
- Hemorragia ou hematoma escrotal
- Infecção de ferida com necessidade de antibiótico
- Recorrência do quisto
- Alterações na fertilidade por obstrução dos túbulos do epidídimo. Pode causar esterilidade na cirurgia bilateral
- Dor escrotal

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

Vigilância – se o quisto for pequeno e não causar sintomas.

Aspiração com agulha – remove o fluido, mas pode novamente acumular, não sendo uma tentativa de tratamento definitivo.

### Riscos do não tratamento:

Manutenção dos sintomas associados tais como dor ou desconforto local. Sobreinfecção do quisto com necessidade de intervenção cirúrgica urgente.

**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.**

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### REMOÇÃO DE ESPERMATOCELO (QUISTO DO EPIDÍDIMO)

#### Situação clínica:

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

O quisto do epidídimo é uma coleção de líquido no epidídimo – ducto na porção superior do testículo que armazena e conduz o esperma. É uma lesão benigna, comumente identificada incidentalmente em ecografia escrotal e tipicamente assintomática. O procedimento cirúrgico consiste na remoção do quisto do epidídimo através de uma incisão no escoto.

#### Benefícios:

Este procedimento tem como objetivo a exérese cirúrgica do quisto do epidídimo.

#### Complicações relacionadas com o procedimento:

- Edema do escroto
- Hemorragia ou hematoma escrotal
- Infecção de ferida com necessidade de antibiótico
- Recorrência do quisto
- Alterações na fertilidade por obstrução dos túbulos do epidídimo. Pode causar esterilidade na cirurgia bilateral
- Dor escrotal

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

Vigilância – se o quisto for pequeno e não causar sintomas.

Aspiração com agulha – remove o fluido, mas pode novamente acumular, não sendo uma tentativa de tratamento definitivo.

#### Riscos do não tratamento:

Manutenção dos sintomas associados tais como dor ou desconforto local. Sobreinfecção do quisto com necessidade de intervenção cirúrgica urgente.

**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.**