

**Serviço de Urologia e Transplantação Renal**

**Director: Prof. Arnaldo Figueiredo**

**CONSENTIMENTO INFORMADO**  
**TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA SISTÉMICA**  
**ABIRATERONA**

**Situação clínica:**

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

A hormonoterapia com abiraterona 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 elevado, diarreia, cansaço e fadiga fácil, retenção de líquidos (aumento de peso e inchaço das pernas).
- Alteração do potássio.
- Risco aumentado de apanhar infeções urinárias.

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

- Problemas cardíacos: insuficiência cardíaca, fibrilação auricular; afrontamentos, indigestão, dor abdominal, náuseas, sangue na urina, alergias cutâneas, aumento do colesterol, desenvolvimento de infeções.
- Alteração das enzimas hepáticas.
- Diminuição da densidade óssea, aumento risco de fractura (osteoporose).

**Outros riscos:**

- Efeitos secundários incomuns: dor muscular e nas articulações, fraqueza muscular, atividade diminuída das glândulas suprarrenais, insuficiência hepática ou inflamação dos pulmões.
- Uso prolongado de corticoesteróides (prednisolona) por levar a irritação gástrica, aumento do apetite, aumento da glicemia, retenção de líquidos, alterações do comportamento (alterações do humor, dificuldade em dormir, ansiedade e irritabilidade), alterações oculares, Síndrome de Cushing, perda de massa muscular e óssea.
- 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 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**

Confirmo 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**  
**ABIRATERONA**

Situação clínica:

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

A hormonoterapia com abiraterona 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 elevado, diarreia, cansaço e fadiga fácil, retenção de líquidos (aumento de peso e inchaço das pernas).
- Alteração do potássio.
- Risco aumentado de apanhar infeções urinárias.

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

- Problemas cardíacos: insuficiência cardíaca, fibrilação auricular; afrontamentos, indigestão, dor abdominal, náuseas, sangue na urina, alergias cutâneas, aumento do colesterol, desenvolvimento de infeções.
- Alteração das enzimas hepáticas.
- Diminuição da densidade óssea, aumento risco de fractura (osteoporose).

**Outros riscos:**

- Efeitos secundários incomuns: dor muscular e nas articulações, fraqueza muscular, atividade diminuída das glândulas suprarrenais, insuficiência hepática ou inflamação dos pulmões.
- Uso prolongado de corticoesteróides (prednisolona) por levar a irritação gástrica, aumento do apetite, aumento da glicemia, retenção de líquidos, alterações do comportamento (alterações do humor, dificuldade em dormir, ansiedade e irritabilidade), alterações oculares, Síndrome de Cushing, perda de massa muscular e óssea.
- 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 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.**