

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

LINFADENECTOMIA INGUINAL E/OU
PÉLVICA

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo: A operação é realizada em doentes:

- 1) Após tratamento prévio com quimioterapia para redução de metástases nas virilhas;
- 2) Com um tumor maligno do pénis volumoso que invade partes do pénis como a uretra e os corpos cavernosos (parte do pénis responsável pela ereção), mesmo sem massas palpáveis nas virilhas.
- 3) Com tumor maligno do pénis pequeno mas com algumas características más na avaliação ao microscópio

A cirurgia pode ser realizada por uma incisão transversal perto da virilha ou, por vezes, por laparoscopia ("furinhos" na pele). É removida a gordura daquela região contendo os gânglios para onde o cancro do pénis se pode alastrar. Se houver gânglios afetados nesta gordura pode ser necessário remover os gânglios seguintes (pélvicos) o que implica uma incisão na barriga abaixo do umbigo. No fim é deixado um dreno de borracha ou um tubo aspirativo e umas meias elásticas nas pernas.

Benefícios:

- 1) Esta cirurgia pode permitir saber se a doença já está espalhada para lá do pénis.
- 2) Pode também ser curativa mesmo que haja gânglios inguinais invadidos, uma vez que neste tipo de tumor, a doença não se espalha para o resto do organismo sem passar pelos gânglios da região das virilhas.

A sobrevivência aos 5 anos após remoção dos gânglios é de 80% a 100% se os gânglios forem negativos para doença e é de cerca de 60% se forem positivos.

Complicações relacionadas com o procedimento:

- 1) Logo a seguir à operação: flebites e entupimento e migração de coágulos nas veias das pernas, infeção da ferida, morte da pele à volta da ferida cirúrgica,
- 2) A longo prazo: inchaço permanente das pernas.

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: vigilância embora a probabilidade de a doença aparecer fora do pénis e de eventualmente causar a morte pode ser elevada

Riscos do não tratamento: o não tratamento pode fazer com que a doença se espalhe pelo organismo, pode provocar o aparecimento de feridas não curáveis nas virilhas e eventualmente a morte

IM - 38.00 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

constransprenal@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

Cópia para
o doente

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

LINFADENECTOMIA INGUINAL E/OU
PÉLVICA

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo: A operação é realizada em doentes:

- 1) Após tratamento prévio com quimioterapia para redução de metástases nas virilhas;
- 2) Com um tumor maligno do pénis volumoso que invade partes do pénis como a uretra e os corpos cavernosos (parte do pénis responsável pela ereção), mesmo sem massas palpáveis nas virilhas.
- 3) Com tumor maligno do pénis pequeno mas com algumas características más na avaliação ao microscópio

A cirurgia pode ser realizada por uma incisão transversal perto da virilha ou, por vezes, por laparoscopia ("furinhos" na pele). É removida a gordura daquela região contendo os gânglios para onde o cancro do pénis se pode alastrar. Se houver gânglios afetados nesta gordura pode ser necessário remover os gânglios seguintes (pélvicos) o que implica uma incisão na barriga abaixo do umbigo. No fim é deixado um dreno de borracha ou um tubo aspirativo e umas meias elásticas nas pernas.

Benefícios:

- 1) Esta cirurgia pode permitir saber se a doença já está espalhada para lá do pénis.
- 2) Pode também ser curativa mesmo que haja gânglios inguinais invadidos, uma vez que neste tipo de tumor, a doença não se espalha para o resto do organismo sem passar pelos gânglios da região das virilhas.

A sobrevivência aos 5 anos após remoção dos gânglios é de 80% a 100% se os gânglios forem negativos para doença e é de cerca de 60% se forem positivos.

Complicações relacionadas com o procedimento:

- 1) Logo a seguir à operação: flebites e entupimento e migração de coágulos nas veias das pernas, infeção da ferida, morte da pele à volta da ferida cirúrgica,
- 2) A longo prazo: inchaço permanente das pernas.

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: vigilância embora a probabilidade de a doença aparecer fora do pénis e de eventualmente causar a morte pode ser elevada

Riscos do não tratamento: o não tratamento pode fazer com que a doença se espalhe pelo organismo, pode provocar o aparecimento de feridas não curáveis nas virilhas e eventualmente a morte

IM - 38.00 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.