

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### SLING SUB-URETRAL MASCULINO

Situação clínica:


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

Consiste na colocação de uma banda sintética (sling) que é posicionada sob a uretra por via perineal, com o objetivo de tratar a incontinência urinária de esforço masculina (IUE).

Os slings melhoram a continência urinária através de um mecanismo de reposicionamento e/ou compressão da uretra bulbar.

O candidato ideal deve ter incontinência de esforço ligeira a moderada, com função esfínteriana residual adequada e com boa contractilidade da bexiga para superar a resistência fixa do sling.

TAXA DE SUCESSO – 54-80%

#### Benefícios:

O sling sub-uretral é uma boa alternativa para doentes com falta de destreza manual ou que desejam evitar qualquer manipulação durante a micção.

Tem uma boa taxa de segurança e eficácia em homens com IUE ligeira a moderada, desde que esses doentes não tenham antecedentes de radioterapia, falha de esfíncter urinário artificial ou sling prévio e tenham contratilidade normal da bexiga.

Quando é dada uma opção de escolha de cirurgia, os doentes escolhem maioritariamente o sling sub-uretral em vez do esfíncter urinário artificial. No entanto, até 13% dos pacientes submetidos a colocação de sling acabarão por receber um esfíncter urinário artificial.

#### Complicações relacionadas com o procedimento:

A retenção urinária transitória foi relatada em 3% a 23%, resolvendo-se habitualmente em 12 semanas.

Complicações major que exigem a remoção de sling são geralmente inferiores a 1%.

Outras complicações:

- Dor local
- Infecção ou intolerância dos componentes – pode ser necessário remoção do sling.
- Problemas relacionados com ferida operatória e danos neurológicos – perda de sensibilidade cutânea.
- Lesões da uretra e bexiga – podem resultar em fístulas, com possível necessidade de nova intervenção cirúrgica.

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

Reforço muscular pélvico, medidas comportamentais e esfíncter urinário artificial

#### Riscos do não tratamento:

Manutenção da incontinência urinária.

**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.**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### SLING SUB-URETRAL MASCULINO

Situação clínica:

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

Consiste na colocação de uma banda sintética (sling) que é posicionada sob a uretra por via perineal, com o objetivo de tratar a incontinência urinária de esforço masculina (IUE).

Os slings melhoram a continência urinária através de um mecanismo de reposicionamento e/ou compressão da uretra bulbar.

O candidato ideal deve ter incontinência de esforço ligeira a moderada, com função esfínteriana residual adequada e com boa contractilidade da bexiga para superar a resistência fixa do sling.

TAXA DE SUCESSO – 54-80%

#### Benefícios:

O sling sub-uretral é uma boa alternativa para doentes com falta de destreza manual ou que desejam evitar qualquer manipulação durante a micção.

Tem uma boa taxa de segurança e eficácia em homens com IUE ligeira a moderada, desde que esses doentes não tenham antecedentes de radioterapia, falha de esfíncter urinário artificial ou sling prévio e tenham contratilidade normal da bexiga.

Quando é dada uma opção de escolha de cirurgia, os doentes escolhem maioritariamente o sling sub-uretral em vez do esfíncter urinário artificial. No entanto, até 13% dos pacientes submetidos a colocação de sling acabarão por receber um esfíncter urinário artificial.

#### Complicações relacionadas com o procedimento:

A retenção urinária transitória foi relatada em 3% a 23%, resolvendo-se habitualmente em 12 semanas.

Complicações major que exigem a remoção de sling são geralmente inferiores a 1%.

Outras complicações:

- Dor local
- Infecção ou intolerância dos componentes – pode ser necessário remoção do sling.
- Problemas relacionados com ferida operatória e danos neurológicos – perda de sensibilidade cutânea.
- Lesões da uretra e bexiga – podem resultar em fístulas, com possível necessidade de nova intervenção cirúrgica.

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

Reforço muscular pélvico, medidas comportamentais e esfíncter urinário artificial

#### Riscos do não tratamento:

Manutenção da incontinência urinária.

**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.**