

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

## CONSENTIMENTO INFORMADO

EXPLORAÇÃO ESCROTAL EMERGENTE POR  
TORÇÃO DO CORDÃO ESPERMÁTICO

Situação clínica:

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

Procedimento cirúrgico que consiste na exploração emergente dos testículos através de uma incisão no escroto (pele que envolve os testículos). Durante o procedimento é avaliada a viabilidade do testículo, procedendo-se à sua destorção e posterior fixação à bolsa escrotal (Orquidopexia). O testículo não envolvido é igualmente fixado para prevenção de nova torção.

No caso do testículo envolvido estar claramente não viável, procede-se à sua remoção (Orquidectomia).

### Benefícios:

A torção testicular é uma emergência urológica comum em adolescente e homens jovens que pode levar a uma lesão permanente ou perda do testículo. A exploração testicular pretende em primeira instância tratar a torção testicular evitando a perda do mesmo. Em segundo plano evitar as consequências de um testículo não viável, removendo-o.

### Complicações relacionadas com o procedimento:

- Edema e rubor do escroto
- Necessidade de remoção do testículo afectado
- Alterações da sensibilidade do escroto
- Infecção de ferida operatória
- Atrofia testicular
- Dor escrotal

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

Não existem alternativas seguras à exploração cirúrgica

### Riscos do não tratamento:

Perda de testículo, alterações na fertilidade, necrose e infecção

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](mailto:dirurotrans@chuc.min-saude.pt)

[urocons@huc.min-saude.pt](mailto:urocons@huc.min-saude.pt)

[constransprenal@huc.min-saude.pt](mailto:constransprenal@huc.min-saude.pt)

[uroint@huc.min-saude.pt](mailto: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.**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### EXPLORAÇÃO ESCROTAL EMERGENTE POR TORÇÃO DO CORDÃO ESPERMÁTICO

### Situação clínica:

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

Procedimento cirúrgico que consiste na exploração emergente dos testículos através de uma incisão no escroto (pele que envolve os testículos). Durante o procedimento é avaliada a viabilidade do testículo, procedendo-se à sua destorção e posterior fixação à bolsa escrotal (Orquidopexia). O testículo não envolvido é igualmente fixado para prevenção de nova torção.

No caso do testículo envolvido estar claramente não viável, procede-se à sua remoção (Orquidectomia).

### Benefícios:

A torção testicular é uma emergência urológica comum em adolescente e homens jovens que pode levar a uma lesão permanente ou perda do testículo. A exploração testicular pretende em primeira instância tratar a torção testicular evitando a perda do mesmo. Em segundo plano evitar as consequências de um testículo não viável, removendo-o.

### Complicações relacionadas com o procedimento:

- Edema e rubor do escroto
- Necessidade de remoção do testículo afectado
- Alterações da sensibilidade do escroto
- Infecção de ferida operatória
- Atrofia testicular
- Dor escrotal

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

Não existem alternativas seguras à exploração cirúrgica

### Riscos do não tratamento:

Perda de testículo, alterações na fertilidade, necrose e infecção

**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.**