

**Serviço de Urologia e Transplantação Renal**

**Director: Prof. Arnaldo Figueiredo**

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

**CIRCUNCISÃO**

**Situação clínica:**

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

A circuncisão masculina é um procedimento cirúrgico no qual são removidos 25-50% da pele do pénis. O objectivo é remover total ou parcialmente a pele que recobre a glande (extremidade do pénis).

**Benefícios:**

Permite a exposição da glande, melhorando a higiene local, evitando infecções crónicas e evitando o encerramento completo da glande.

**Complicações relacionadas com o procedimento:**

- Hemorragia (sangramento)
- Infecções - localizadas ou sistémicas
- Retenção urinária
- Alterações cutâneas - laceração da pele peniana, formação de queloide (cicatriz proeminente), pontes cutânea e aderências ou marcas na pele
- Perda excessiva da pele peniana
- Deformidades da glande e alterações da mucosa da glande – ressequimento, alteração da cor
- Deformidade do meato – hipospádias, epispádias ou estenose
- Chordee – curvatura peniana por ponte fibrosa
- Linfedema - inchaço crónico da glande
- Pénis oculto - O pénis circuncidado fica oculto na região gordurosa pré-púbica
- Fimose do prepúcio remanescente
- Quistos prepuciais
- Disfunção erétil de novo ou perda de sensibilidade na glande
- Isquémia da glande ou do pénis com necessidade no extremo de amputação

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

Dorsal slit – apenas uma abertura do prepúcio, que pode resultar em alguns dos mesmos riscos que a circuncisão, sem resolver definitivamente a situação, com risco de recidiva e com deformidade estética do pénis.

**Riscos do não tratamento:**

Encerramento do prepúcio com retenção urinária, lesão renal e morte por insuficiência renal.

Inflamação crónica da glande e prepúcio com risco de aparecimento de tumor do pénis.

**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

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

Cópia para  
o doente

CONSENTIMENTO INFORMADO

CIRCUNCISÃO

Situação clínica:

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

A circuncisão masculina é um procedimento cirúrgico no qual são removidos 25-50% da pele do pénis. O objectivo é remover total ou parcialmente a pele que recobre a glande (extremidade do pénis).

**Benefícios:**

Permite a exposição da glande, melhorando a higiene local, evitando infecções crónicas e evitando o encerramento completo da glande.

**Complicações relacionadas com o procedimento:**

- Hemorragia (sangramento)
- Infecções - localizadas ou sistémicas
- Retenção urinária
- Alterações cutâneas - laceração da pele peniana, formação de queloide (cicatriz proeminente), pontes cutânea e aderências ou marcas na pele
- Perda excessiva da pele peniana
- Deformidades da glande e alterações da mucosa da glande – ressequimento, alteração da cor
- Deformidade do meato – hipospádias, epispádias ou estenose
- Chordee – curvatura peniana por ponte fibrosa
- Linfedema - inchaço crónico da glande
- Pénis oculto - O pénis circuncidado fica oculto na região gordurosa pré-púbica
- Fimose do prepúcio remanescente
- Quistos prepuciais
- Disfunção erétil de novo ou perda de sensibilidade na glande
- Isquémia da glande ou do pénis com necessidade no extremo de amputação

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

Dorsal slit – apenas uma abertura do prepúcio, que pode resultar em alguns dos mesmos riscos que a circuncisão, sem resolver definitivamente a situação, com risco de recidiva e com deformidade estética do pénis.

**Riscos do não tratamento:**

Encerramento do prepúcio com retenção urinária, lesão renal e morte por insuficiência renal.

Inflamação crónica da glande e prepúcio com risco de aparecimento de tumor do pénis.

**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.**