



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Tratamento Cirúrgico de Histerectomia
CBHPM – 3.13.03.10-2 CID – N 85.9

Identificação do Paciente

Nome:

Prontuário:

Documento de Identidade:

***Responsável Legal:**

Documento de Identidade:

Grau de Parentesco:

*Em caso de menor de dezoito anos ou de atendimento de emergência

Procedimento: Histerectomia Total, Parcial ou Ampliada

Descrição Técnica do Procedimento:

Trata-se da Retirada do Útero parcial ou totalmente via vídeo laparoscopia podendo ser ampliada com retirada também dos ovários e trompas.

A cirurgia de Histerectomia parcial, total ou ampliada por vídeo consiste em três a cinco pequenas incisões (furos) no abdômen por onde são introduzidos os instrumentos do cirurgião e uma pequena câmera que permite a visualização do interior do paciente.

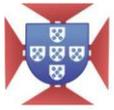
Normalmente a cirurgia é realizada sob anestesia geral sendo os fármacos utilizados bem como as técnicas anestésicas de responsabilidade do médico anestesista.

Descrição dos Possíveis Insucessos e Riscos Operatórios:

Em procedimentos invasivos podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas respiratórios e cardiovasculares e urinários.

Além desses, as principais situações adversas inerentes a este tipo de procedimento são:

1. Sangramento pós-operatório;
2. Infecções graves podendo requerer reoperação;
3. Infecções na ferida operatória vias urinarias e peritonite;
4. Hérnia incisional e lesões em outros órgãos como bexiga, uretra e intestino;
5. Problemas pulmonares como atelectasias, pneumonias e embolias que levam a insuficiência respiratória podendo levar ao óbito;
6. Trombose venosa profunda;
7. Prolapso da cúpula vaginal;
8. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides;



Geral:

Durante a realização do procedimento, em função de intercorrências não previstas, procedimentos alternativos podem ser necessários, envolvendo inclusive a possibilidade de transfusão de sangue e ressuscitação.

A cirurgia pode ser convertida para cirurgia aberta caso intercorrências assim o exijam.

Declaração do Paciente (ou responsável):

Estou ciente dos procedimentos e técnicas a que serei submetido (a) como a alternativa terapêutica mais indicada para o diagnóstico da minha situação clínica.

Desde já autorizo a realização do procedimento e da anestesia como foi exposto neste termo, bem como os procedimentos necessários para tentar solucionar situações imprevisíveis e de emergência, incluindo a conversão para cirurgia aberta, transfusão de sangue e ressuscitação que deverão ser conduzidos e resolvidos diante da singularidade de cada evento.

Tenho consciência que após o procedimento não mais poderei ter filhos.

Tudo me foi esclarecido pelo médico abaixo assinado, tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e entendi tudo que me foi transmitido, estando o médico e sua equipe por mim autorizados a realizar o procedimento de histerectomia parcial total ou ampliada.

Em caso de acidente com perfuro- cortantes envolvendo funcionários durante a assistência a mim prestada autorizo a coleta do meu sangue para exame de HIV ficando o resultado preservado de qualquer divulgação salvo as autoridades de saúde.

Declaro que recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, técnicas do procedimento, alternativas de tratamento, bem como fui informado (a) sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da enfermidade diagnosticada.

Tenho conhecimento que a qualquer momento antes de iniciado o procedimento posso revogar este termo.

Assinatura (Paciente/Representante Legal)

Declaração do Médico Responsável:

Confirmando que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e ou seus familiares o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas de tratamentos acima descritos bem como que poderá revogar o consentimento agora concedido e firmado.

Nome do médico:

CRM:

Assinatura (Médico)

Campos dos Goytacazes - RJ, _____, _____, 20____.