



## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Cerclagem Cervical

### 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: Cerclagem Cervical (Colo do Útero)

#### Descrição Técnica do Procedimento:

A intervenção consiste em se aplicar uma cinta ou pontos no colo uterino observando reduzir ou impedir a dilatação do seu orifício (cervical). A finalidade é reduzir o orifício cervical uterino por risco de aborto/parto prematuro. A intervenção realizar-se-á sob anestesia (geral ou local)

A anestesia será geral ou local, sendo os fármacos e as técnicas de indicação exclusiva 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.

A intervenção cirúrgica não garantirá absolutamente a correção da incontinência cervical, existindo uma pequena porcentagem de fracasso. No meu caso, tal procedimento não aumentará o risco atual de interrupção da gestação. A via de abordagem da incontinência habitualmente é a via vaginal, porém em função de certos casos, poder-se-á realizar-se por via abdominal.

Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

#### 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, modificação para cirurgia aberta e ressuscitação.

#### 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 como foi exposto neste termo, bem como os procedimentos necessários para tentar solucionar situações imprevisíveis e de emergência, incluindo anestesia, a transfusão de sangue e ressuscitação que deverão ser conduzidos e resolvidos diante da singularidade de cada evento.

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 Cerclage Cervical.

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:**

Confirmo 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\_\_\_\_.