



**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
Tratamento Cirúrgico de Histerectomia – Plaquetas  
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 ou Parcial**

**Descrição Técnica do Procedimento:**

É a retirada cirúrgica do útero, podendo ser total, parcial ou ampliada (inclui trompas e ovários). Pode ser realizada por vídeo-laparoscopia, incisão (corte) no abdômen ou por via vaginal.

**Descrição dos Possíveis Insucessos e Riscos Operatórios:**

1. Hemorragias durante a cirurgia ou no pós-operatório, podendo nestes casos, necessitar reintervenção cirúrgica;
2. Lesões de outros órgãos: bexiga, uretra, intestino;
3. Hematomas (acúmulo de sangue) na ferida operatória;
4. Trombose venosa profunda;
5. Pulmonares: atelectasia, pneumonia e embolia (esta muito grave, podendo levar a óbito);
6. Infecções: ferida operatória, vias urinárias, peritonite (infecção na cavidade abdominal);
7. Hérnia incisional (aquela que se forma na cicatriz cirúrgica);
8. Prolapso da cúpula vaginal;
9. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira);

**RISCO ESPECÍFICO - Paciente portador de doença hematológica (plaquetopenia) apresentando risco de hemorragia incontrolável. O paciente deverá apresentar conduta específica emitida pelo hematologista e concorda com a realização da cirurgia mesmo diante do risco adicional.**



### **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.

Autorizo a equipe médica a proceder com as investigações necessárias ao diagnóstico do meu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "HISTERECTOMIAS", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que as evoluções da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Declaro, igualmente, que o médico abaixo assinado, atendendo ao disposto no art. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

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 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 **Tratamento Cirúrgico Histerectomia**.

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\_\_\_\_.