

Nome do Paciente:		
Nº do Atendimento:	Idade:	Data Internação:

Termo de Consentimento informado de CORREÇÃO DE PROLAPSOS

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com a realização de CORREÇÃO DE PROLAPSOS.

Declaro, ainda, estar devidamente informado (a) dos riscos presentes ao referido ato cirúrgico, bem como de complicações inerentes ao quadro, especialmente: hematoma intra-operatório, podendo ser necessário transfusão de sangue intra ou pós-operatório; lesão de bexiga e/ou de alças intestinais, sendo necessário o concurso de cirurgia especializada; hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, podendo ou não ser feita uma drenagem cirúrgica; infecção pós-operatória, local e sistêmica que às vezes requer drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos; presença de secreções vaginais podendo ser necessário uso de medicações; deiscência (abertura dos pontos) da ferida operatória com a perda dos pontos dados, havendo algumas vezes necessidade de nova anestesia para refazer os pontos que abriram; dores lombares, cervicais e de membros superiores devido à posição cirúrgica; trombose venosa; quelóides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial; formação de fístulas ginecológicas; alteração da forma e do comprimento da vagina, o que pode repercutir no ato sexual. Fui ainda informado (a) que não existe técnica cirúrgica no momento que garanta 100% de sucesso, isto é o prolapso pode retornar parcial ou totalmente, imediatamente após a cirurgia ou no decorrer dos anos. Ficou-me claro que durante o ato cirúrgico, devido a algum fato inesperado, a equipe médica poderá modificar a técnica cirúrgica programada, visando sempre o êxito de minha cirurgia.

Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de fornecer nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realize a CORREÇÃO DE PROLAPSOS proposta. Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

ESPAÇO RESERVADO PARA SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG

Assinatura do médico/CRM e Carimbo

Teófilo Otoni _____ de _____ de _____