

Nome do Paciente:

Nº do Atendimento:

Idade:

Data Internação:

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 CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA DO COLO DO ÚTERO (CAF), que consiste na extirpação de uma pequena parte do colo do útero utilizando uma alça e bisturi elétrico de alta frequência. Pode ser associada à retirada de lesões associadas da vagina, vulva e períneo.

Declaro, ainda, estar devidamente informada dos riscos presentes ao referido ato cirúrgico, bem como de complicações inerentes ao quadro, especialmente: Infecções com possibilidade de evolução febril (podendo ser necessário o uso de antibióticos); hemorragias com a possível necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória); lesões de bexiga, uretra ou ureteres; lesões intestinais, sendo necessário cirurgião especializado; fístulas; deiscência (abertura) da ferida, sendo necessário, eventualmente, nova anestesia para cauterização e/ou aplicação de pontos na ferida; trombose venosa dos membros inferiores e embolia pulmonar e dores devido à posição cirúrgica. Fui informada, ainda, que, a longo prazo, podem ocorrer abertura do colo uterino (risco incomum) durante a gestação, especialmente entre 34-37 semanas (8 meses) de gestação bem como estenose do colo (risco incomum) o que pode dificultar o exame do mesmo, assim como o trabalho de parto futuro. E ainda, que existem outras possíveis opções terapêuticas expostas, como por exemplo: conização a frio (bisturi) para neoplasia intra-epitelial cervical, histerectomia para câncer cervical, mas foi optado pela CAF.

A retirada da pequena parte do colo será realizada pela via vaginal e este fragmento enviado para exame anatomo-patológico (biópsia). Se, durante o procedimento, o médico cirurgião tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

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. Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com a informação recebida e que compreendendo o alcance e riscos do tratamento. Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realize a CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA DO COLO DO ÚTERO (CAF) proposto. 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 \_\_\_\_\_