

 <b>COMPLEXO HOSPITALAR</b> <b>SantaRosália</b>	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ABLAÇÃO ENDOMETRIAL</b>	CAP 009
		VERSÃO: 00

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 ABLAÇÃO ENDOMETRIAL, que consiste em destruição do endométrio para controlar sangramentos genitais anormais.

Declaro, ainda, estar devidamente informada dos riscos presentes à referida cirurgia, bem como de complicações inerentes ao quadro, especialmente: impossibilidade de realizar o procedimento, devido a estenose acentuada do canal cervical; lacerações do colo uterino, podendo necessitar de sutura; perfuração uterina durante a dilatação do colo ou durante o procedimento, podendo necessitar de laparotomia (abertura do abdome); passagem de grande quantidade de líquido para a corrente sanguínea, com quadro de intoxicação hídrica e edema pulmonar; infecções; hemorragias; lesões de estruturas intra-abdominais, no caso de perfuração uterina, podendo necessitar de correção cirúrgica das mesmas.

Fui informada, ainda, que: a longo prazo, pode haver recorrência do quadro de sangramento, podendo necessitar de tratamento complementar, inclusive a retirada do útero; a referida cirurgia não deve ser realizada se houver desejo de gravidez no futuro e que o procedimento não é indicado como método contraceptivo; que existem alternativas não cirúrgicas para o quadro, como o tratamento hormonal, o uso de antifibrinolíticos e antiinflamatórios e o uso de endoceptivo liberador de progestágeno. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas de forma oral, em linguagem clara e simples, por parte de meu médico e sua equipe, e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Se, durante o procedimento, o médico assistente tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar referidas condições. Por tal razão e nestas condições, consinto que se realize a ABLAÇÃO ENDOMETRIAL proposta.

-----

**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 \_\_\_\_\_