

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA(CVL)	CAP 012
		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 CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA (CVL), que consiste na avaliação da cavidade abdominal para DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE VÁRIAS PATOLOGIAS GINECOLÓGICAS (lise de aderências, cauterização de focos de endometriose, cistos ovarianos, salpingoplastia, salpingotripsia, verificação da permeabilidade tubária, miomas). Geralmente utilizam-se uma pequena incisão no umbigo e duas a três pequenas incisões no baixo ventre, realizadas sob anestesia geral. Eventualmente alguma incisão pode ser ampliada ou realizada uma nova via vaginal para retirada de algum órgão. Pode ser associada à retirada dos ovários, trompas e útero. Nestes casos, supõe-se a impossibilidade de ter filhos e a ausência de menstruação.

Declaro, ainda, estar devidamente informada dos riscos presentes ao referido ato cirúrgico, bem como das RARAS complicações inerentes ao quadro, especialmente: Infecções com possibilidade de evolução febril; hemorragias com a possível necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória); hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feita uma drenagem cirúrgica; lesões de bexiga, uretra ou ureteres; lesões intestinais, sendo necessário cirurgião especializado; fistulas; trombose venosa dos membros inferiores e embolia pulmonar; dores devido à posição cirúrgica. Fui informado (a), ainda, que, a longo prazo, podem MUITO RARAMENTE ocorrer hérnias pós laparoscopia, assim como patologia dos ovários, trompas e útero quando não extirpados. E ainda, que existem outras possíveis opções terapêuticas expostas, como por exemplo: miomectomias para miomas, tratamento hormonal para hemorragias ou endometriose, mas foi optado pela CVL. A retirada dos órgãos extirpados poderá ser realizada pela vagina (via vaginal) ou através de abertura no abdome (via abdominal). 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 (INCLUSIVE CONVERTENDO A CVL PARA CIRURGIA ABDOMINAL ABERTA).

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 VÍDEO-LAPAROSCÓPICA (CVL) 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 _____