

 COMPLEXO HOSPITALAR SantaRosália	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HISTERECTOMIA	CAP 014
		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 HISTERECTOMIA, que consiste na extirpação do útero com ou sem colo, o que supõe a impossibilidade de ter filhos e a ausência de menstruação. Pode ser associada à retirada dos ovários e trompas.

Declaro, ainda, estar devidamente informado (a) dos riscos presentes ao referido ato cirúrgico, bem como de 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; fístulas; deiscência (abertura dos pontos) da ferida com perda dos pontos dados, sendo necessário, eventualmente, nova anestesia para refazimento dos pontos que abriram; trombose venosa dos membros inferiores e embolia pulmonar; dores devido à posição cirúrgica; quelóides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial; vagina curta com dificuldade para ter relação sexual. Fui informado (a), ainda, que, a longo prazo, podem ocorrer prolapso (descensos) de cúpula vaginal ou hérnias pós laparotômicas (abdominais), assim como patologia dos ovários restantes quando se conservam os anexos. E ainda, que existem outras possíveis opções terapêuticas expostas, como por exemplo: miomectomias para miomas, pesario para prolapso, tratamento hormonal para hemorragias ou endometriose, mas foi optado pela HISTERECTOMIA.

A retirada do útero poderá ser realizada pela via vagina (via vaginal) ou através de abertura no abdome (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.

Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com a informação recebida 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. Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realize a HISTERECTOMIA 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 _____