

 COMPLEXO HOSPITALAR SantaRosália	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA PARABIÓPSIA DIRIGIDA	CAP 015
		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 HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA PARA BIÓPSIA DIRIGIDA que consiste na endoscopia da cavidade uterina para realização de biópsia de lesões do canal cervical ou do endométrio, sendo este um procedimento que visa o esclarecimento diagnóstico.

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 à 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, o diagnóstico definitivo da lesão só será possível após o estudo anátomo-patológico da peça. 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, CONSENTO que se realize a HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA PARA BIÓPSIA DIRIGIDA 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 _____