

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA PARA RETIRADA DE DIU	CAP 018
		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 RETIRADA DE DIU, que consiste na endoscopia da cavidade uterina para retirada de DIU.

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. 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, **CONSINTO** que se realize a HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA PARA RETIRADA DE DIU 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 _____