

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 DIAGNÓSTICA, que consiste na endoscopia da cavidade uterina para estudo de sua anatomia e de possíveis lesões presentes.

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 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 das alterações encontradas pode necessitar de estudo anátomo-patológico, o que pode demandar a realização de biópsia no momento do procedimento, ou de histeroscopia cirúrgica. Esta última será realizada em outra ocasião e com o devido preparo. 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 DIAGNÓSTICA 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 \_\_\_\_\_