

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE MIOMECTOMIA	CAP 021
		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 MIOMECTOMIA, que consiste na extirpação dos miomas uterinos.

Declaro, ainda, estar devidamente informada 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 refazer os pontos que abriram; trombose venosa dos membros inferiores e embolia pulmonar; dores devido à posição cirúrgica e quelóides (cicatriz espessa e dolorida). 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 MIOMECTOMIA 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 _____