

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 LAPAROTOMIA EXPLORADORA. Tendo em vista as explorações efetuadas e ante a dificuldade para se chegar a um diagnóstico correto, através dos citados procedimentos, considera-se a realização da laparotomia exploradora;

A laparotomia requer anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia. A laparotomia só pode ser realizada por via abdominal. A intervenção consiste em abertura da cavidade abdominal e revisão dos órgãos abdominais e pélvicos. Segundo o achado cirúrgico, se fará ou não biópsia intra- operatória. Dependendo do resultado desta, se decidirá o tipo de intervenção, que poderá ser: a) extirpação do útero, trompas, ovários, cadeias ganglionares, assim como outras estruturas que estejam indicadas (apêndice, epiplon, etc.); b) cirurgia redutora; c) a cirurgia poderá ficar somente reduzida a uma biópsia. Toda peça operatória ou material extirpado será enviado para completar o estudo anatomopatológico. Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade) traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos como cirúrgicos, assim como um mínimo percentual de mortalidade. As complicações da intervenção cirúrgica podem ser: a) infecções com possibilidade de evolução febril (urinárias, de parede abdominal, pélvicas); b) hemorragias com a possível necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória); c) lesões vesicais e/ou uretrais; d) lesões intestinais; e) fístulas. A longo prazo poderá ocorrer prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, hérnias pós-laparotômicas (abdominais), assim como patologia de ovários restantes quando se conservam os mesmos.

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 LAPAROTOMIA EXPLORADORA 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 \_\_\_\_\_