

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 PÓLIPOS, que consiste na endoscopia da cavidade uterina para confirmação diagnóstica e tratamento cirúrgico de pólipos uterinos.

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, a longo prazo, pode ocorrer aparecimento de novo(s) pólipo(s) uterinos. E ainda, que existe a possibilidade de acompanhamento clínico e ultrassonográfico do(s) pólipo(s) e dos riscos de tal opção.

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 PÓLIPOS 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 \_\_\_\_\_