



Mário Palmério  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HISTERECTOMIA

## DECLARANTE

Nome: .....

Idade: : ..... Data Nascimento: ...../...../.....

Endereço: : .....

Tel.: ( ) : ..... Cel.: ( ) : .....

Identidade n.º: ..... Órgão Expedidor: : .....

Data de emissão: : ..... CPF: .....

Paciente

Representante legal

Representante familiar

Responsável

OBS.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente.

## PACIENTE

Nome: .....

Idade: ..... Data Nascimento: ...../...../.....

Endereço: .....

Tel.: ( ) : ..... Cel.: ( ) : .....

Identidade n.º: ..... Órgão Expedidor: .....

Data de emissão: ..... CPF: .....

## DECLARO

Que o Doutor:

Nome: .....

CRM n.º: .....

Instituição: .....

Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de:

(Em minha pessoa ou no paciente supramencionado) ser conveniente e indicado proceder HISTERECTOMIA.

Esclareceu-me que:

1. A existência de possíveis opções terapêuticas, por exemplo: miomectomias para miomas, pesario para prolapso, tratamento hormonal para hemorragias ou endometriose.

(Em minha pessoa ou no paciente supramencionado) realizar-se-á uma HISTERECTOMIA.

2. A histerectomia necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia.
3. A histerectomia só pode ser praticada por via vaginal ou abdominal.



# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HISTERECTOMIA

\_\_\_\_\_ se praticará preferentemente por via \_\_\_\_\_  
(Em minha pessoa ou no paciente supramencionado)

A intervenção cirúrgica consiste na extirpação do útero com/sem colo, o que supõe impossibilidade de Ter filhos, assim como ausência de menstruação. A histerectomia pode ser associada a extirpação dos anexos (ovários/trompas).

4. A peça extirpada será submetida a estudo anatomopatológico posterior.
5. 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.
6. 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, ureterais e/ou vesicais;
  - d) Lesões intestinais;
  - e) Fístulas.

A longo prazo poderá ocorrer prolapsos (descensos) de cúpula vaginal ou hérnias pós-laparotômicas (abdominais), assim como patologia dos ovários restantes quando se conservam os anexos.

7. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada. Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Por tal razão e nestas condições

## **CONSINTO**

Que se realize a HISTERECTOMIA proposta.

Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Local e data: .....

\_\_\_\_\_  
Médico

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante ou Responsável

TESTEMUNHAS:

.....  
NOME:

CPF:

.....  
NOME:

CPF:



Mário Palmério  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HISTERECTOMIA

### REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ..... / ..... / ..... e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: .....

\_\_\_\_\_  
Médico

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante ou Responsável