



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO –
CIRÚRGIAS GINECOLÓGICAS POR VIA VAGINAL
(HISTERECTOMIAS E PROLAPSOS)**

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:

1) DECLARO

Que o Doutor:

Nome:

CRM n.º:

Instituição:

Informou-me que tendo em vista o desejo de

Explicou-me e eu entendi que devo me submeter ao procedimento abaixo descrito e explicou-me também a respeito das particularidades e complicações deste procedimento.

2)

a) NOME DO PROCEDIMENTO: Cirurgias ginecológicas por via vaginal (histerectomias, prolapsos).

b) DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PROCEDIMENTO (em termos leigos e claros):

- Posição ginecológica com pernas elevadas.
- Sondagem vesical.
- Deslocamento da mucosa vaginal.
- Retirada do útero e anexos por via vaginal.
- Levantamento da bexiga por via vaginal.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO – CIRÚRGIAS GINECOLÓGICAS POR VIA VAGINAL (HISTERECTOMIAS E PROLAPSOS)

- Ressecção do excesso de mucosa vaginal.
- Fechamento da mucosa vaginal.
- c) **DESCRIÇÃO DOS INSUCESSOS:** Entendo que pode ocorrer insucesso, isto é, a cirurgia pode não resolver completamente o prolapso da mucosa vaginal, podendo haver necessidade de se realizar nova cirurgia para corrigir queda da cúpula vaginal e podendo ocorrer inclusive complicações inerentes ao procedimento cirúrgico.
- d) **DESCRIÇÃO DE COMPLICAÇÕES DO ATO OPERATÓRIO:** Algumas complicações podem ocorrer decorrentes do procedimento cirúrgico. Abaixo serão listadas alguma:
 - Hematoma intra-operatória, podendo ser necessária transfusão de sangue intra ou pós-operatório.
 - Lesão de bexiga e/ou de alças intestinais, sendo necessário o concurso de cirurgião especializado.
 - Hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feito uma drenagem cirúrgica.
 - Infecção pós-operatórias, locais e sistêmicas que às vezes requerem drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos.
 - Deiscência (abertura dos pontos) da ferida operatória com a perda dos pontos dados, havendo algumas vezes necessidade de nova anestesia para refazer os pontos que abriram.
 - Dores lombares devido à posição cirúrgica;
 - Trombose venosa dos membros inferiores.
 - Quelóides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial.
 - Parestesias nos membros inferiores.
 - Formação de fístulas ginecológicas.
 - Vagina curta com dificuldade para ter relação sexual.
 - Entendo que toda intervenção cirúrgica, devido a características próprias da técnica cirúrgica ou das condições intrínsecas do paciente (hipertensão, diabetes, obesidade, cardiopatia, anemia, velhice, etc.) tem implícito uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão requerer tratamentos complementares clínicos e ou cirúrgicos, bem como um risco, passível de ocorrer, que é a morte em decorrência da cirurgia.
- e) **DESCRIÇÃO DA ANESTESIA:** Foi-me explicado, e eu entendi que para a realização da cirurgia haverá necessidade de me submeter a uma anestesia, que será realizada pela equipe médica do serviço de anestesia, que poderá ser: GERAL – ENDOVENOSA E INALATÓRIA ou BLOQUEIO e que me foi explicado os seus riscos e benefícios pelo médico anestesista.
- f) **DESTINO DA PEÇA OPERATÓRIA:** Entendi que todo material que me for extirpado, constituindo a peça operatória, deverá ser enviado para estudo anatomopatológico para confirmação diagnóstica de minha patologia.
- 3) Ficou-me claro que durante o ato cirúrgico, devido a algum fato inesperado, a equipe médica poderá modificar a técnica cirúrgica programada, visando sempre o êxito de minha cirurgia.
- 4) Declaro e confirmo mais uma vez, que entendi todas as explicações que me foram fornecidas de forma clara e simples, inclusive permitindo que eu realizasse todas as perguntas e fizesse todas as observações que

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO –
CIRÚRGIAS GINECOLÓGICAS POR VIA VAGINAL
(HISTERECTOMIAS E PROLAPSOS)**

eu achei pertinentes para entender o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me ficando dúvidas sobre o procedimento a que me submeterei.

- 5) Por este CONSENTIMENTO, confirmo que estou satisfeito com as informações recebidas e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes deste tratamento e por tais condições CONSENTO que eu seja submetida: CIRURGIAS GINECOLÓGICAS POR VIA VAGINAL (HISTERECTOMIAS E PROLAPSOS).

Local e data:

Assinatura do Médico/ Carimbo

Paciente

TESTEMUNHAS:

.....
NOME:

CPF:

.....
NOME:

CPF:

REVOGAÇÃO

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

Local e data:

Assinatura do Médico/ Carimbo

Paciente