

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - HISTERECTOMIA COM SALPINGECTOMIA



O presente Termo de Consentimento tem o objetivo informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico acima identificado, ao qual será submetido. Assim em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor e Recomendação do CFM nº 01/2016, serão lhe prestadas informações claras e adequadas quanto ao procedimento a ser realizado.

Identificação Do Paciente Ou Do Responsável Legal	
Nome:	
Tipo de Documento De Identificação:	Nº:

Eu acima identificado, na condição de paciente do Centro Materno Infantil Med Imagem ou de responsável legal pelo paciente _____, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, _____ anos de idade, consinto que o Dr. _____ realize em mim o procedimento de histerectomia com salpingectomia. Compreendo que a cirurgia consiste na retirada de meu útero, com ou sem o colo (parte inferior do útero que fica contido na vagina), conjuntamente com as tubas uterinas (conexão do útero com os ovários) o que implica na impossibilidade de gravidez e na ausência de menstruação e que o procedimento está sendo indicado porque foi diagnosticado que eu sou portadora de _____.

Também fui esclarecida que há riscos, iguais a todas as cirurgias, tais como possibilidade de infecção com febre, reação alérgica, hemorragia (sangramento) com necessidade de transfusão de sangue que pode se acompanhar também dos riscos inerentes a ela, cicatriz não cosmética, e até parada cardíaca, com suas implicações. E que, para este procedimento especificamente, podem ocorrer lesões acidentais dos órgãos próximos ao útero e tubas uterinas: ovário, a bexiga, intestino e ureter, o que pode implicar em maior tempo de hospitalização por ter sido realizada a correção imediata do dano. No caso de lesão no sistema urinário e de lesão intestinal pode ser necessário o apoio de cirurgião especializado e, em casos complicados também poderá ser necessário colostomia (desvio do intestino, com abertura na parede do abdome). Nos casos em que a lesão se manifestar vários dias após a cirurgia, como é o caso de fístulas, que é um trajeto novo de conexão entre órgãos e/ou pele, por exemplo ureter, intestino, bexiga, vagina e pele será necessária uma nova cirurgia corretora, eventualmente com cirurgião especializado. Após a cirurgia, no pós-operatório, podem ocorrer: hematoma da parede abdominal (acúmulo de sangue no local cirúrgico), que necessitará drenagem (retirar o sangue acumulado no local), deiscência de sutura (abertura da ferida operatória pela não contenção dos pontos cirúrgicos), que necessitará resutura, trombose venosa dos membros inferiores (obstrução de veias nas pernas), embolia pulmonar, dor devido à própria agressão cirurgia ou à permanência prolongada na posição cirúrgica, vagina curta com dificuldade para relações sexuais e/ou necessidade de uso de hormônios. Ainda poderá haver dor pélvica, devido a formação de aderências intraabdominais, hérnias e, a longo prazo, prolapso (descida da cúpula da vagina) e síndrome do ovário residual (aparecimento de cisto ovariano).

Outros esclarecimentos informados foram que a expectativa de sucesso para a cirurgia é _____ (boa, moderada, reservada/pobre); que meu prognóstico (condição médica futura), caso eu não opte pela cirurgia é _____

e que _____ (existe ou não existe) alternativa (s) de tratamento. Assim sendo eu aceitei e elegi este procedimento cirúrgico como minha escolha de tratamento.

Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - HISTERECTOMIA COM
SALPINGECTOMIA



Assinatura do Paciente e/ou Responsável:

Testemunhas (campo a ser preenchido na hipótese de paciente iletrado):

1. _____ . CPF: _____ .

2. _____ . CPF: _____ .

Teresina / PI, _____ de _____ de _____ .

A ser preenchido pelo médico:

Identificação Do Médico		
Nome:		
CRM:	Tipo:	Nº:

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Carimbo / Assinatura do Médico:

Teresina / PI, _____ de _____ de _____ .

i Recomendação do CFM nº 01/2016: "O CFM no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, CONSIDERANDO que o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados; CONSIDERANDO que as informações e os esclarecimentos do médico, na obtenção do consentimento do paciente, são fundamentais para que o processo ocorra livre de influência ou vício; CONSIDERANDO que são necessárias orientações éticas complementares sobre a obtenção do consentimento em situações especiais como emergências, recusa, possibilidade de transtornos psicológicos oriundos da informação, preexistência de transtornos mentais e riscos para a saúde pública; CONSIDERANDO o Princípio Fundamental XXI e os artigos 22, 31 e 34 do Código de Ética Médica; CONSIDERANDO que há insuficiência de orientações sobre quando obter o consentimento e sobre a forma de sua documentação; CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 21 de janeiro de 2015; RECOMENDA Art. 1º Nas decisões sobre assistência à saúde dos pacientes, os médicos devem levar em consideração o documento Consentimento Livre e Esclarecido.