

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	
<b>Nome:</b>	
<b>Tipo de Documento De Identificação:</b>	<b>Nº:</b>

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. \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ realize em mim o procedimento de “conização do colo do útero”.

Compreendo que o procedimento será realizado depois de eu ter sido informada de maneira clara sobre a necessidade de realizar o procedimento e de todos os riscos associados. Desta maneira fui informada e compreendi o que segue: Compreendo que a “conização do colo do útero” é um procedimento realizado para tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero (lesão escamosa intraepitelial de baixo grau persistente, lesão escamosa intraepitelial de alto grau, neoplasia intraepitelial cervical, adenocarcinoma in situ do colo do útero). O procedimento consta da ressecção de uma parte do colo do útero via vaginal. A finalidade do procedimento, além do diagnóstico final da doença com definição do grau da lesão, é também de curar ou melhorar a doença. Poderão apresentar-se outras situações de saúde ainda não diagnosticadas pelos exames acima referidos, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas;

Autorizo proceder com as investigações que se fizerem necessárias para o completar o diagnóstico e avaliar o meu estado de saúde, bem como a realizar o tratamento cirúrgico denominado de

“conização do colo do útero”, e todos os procedimentos necessários, inclusive anestesia ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declaro, também que me foram apresentados métodos alternativos e que este foi o procedimento mais indicado.

Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos, como os citados, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção (que pode necessitar antibiótico como tratamento), recorrência de lesões, queimadura na pele, mucosa ou órgãos próximos, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente à cirurgia de conização do colo do útero são: sangramento, infecção e estenose ou estreitamento do canal do colo uterino que pode determinar infertilidade e abortamento tardio ou parto prematuro em uma gestação subsequente ao procedimento.

Estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado é necessário o emprego de anestesia. A conização do colo do útero é realizada com anestesia geral endovenosa ou com anestesia na coluna (bloqueio peridural ou raquianestesia), cuja escolha será feita pelo anestesista.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, e por livre iniciativa, autorizo que a “conização do colo do útero” seja realizada conforme foi exposta no presente termo, inclusive com os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude singular de cada evento. E firmo o compromisso de respeitar as instruções fornecidas pelo médico, estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos.

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, antes que a “conização do colo do útero” se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o (s) procedimento (s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o (s) tratamento (s).

**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		
<b>Nome:</b>		
<b>CRM:</b>	<b>Tipo:</b>	<b>Nº:</b>

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.