

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS GINECOLÓGICOS

Prezado Paciente ou Representante legal, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é um documento no qual a AUTONOMIA (vontade) em CONSENTIR (autorizar) é manifestada pelo paciente plenamente capaz ou por seu representante legal. Assim, ao assiná-lo a paciente ou seu representante legal concorda com a realização do procedimento ginecológico, ainda que haja efeitos não desejáveis, mas previstos, possíveis e previamente explicitados pelo Médico. O termo de consentimento livre e esclarecido somente deverá ser assinado se todas as dúvidas já tiverem sido esclarecidas. Havendo qualquer dúvida acerca do teor deste documento, pergunte ao médico antes de autorizar a realização do procedimento. A assinatura deste documento representa o expresse consentimento esclarecido na realização do procedimento indicado, bem como no comprometimento em seguir as orientações médicas, inclusive quanto ao tratamento com equipe multidisciplinar.

**DECLARO** que:

1. É de livre e esclarecida vontade a realização do procedimento ginecológico denominado \_\_\_\_\_, que será realizada pelo (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_, CRM Nº \_\_\_\_\_ e sua equipe.
2. Fui informada, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ginecológico proposto \_\_\_\_\_, a ser realizado nesta unidade hospitalar.
3. O (A) médico (a) acima citado (a) apresentou-me todos os métodos terapêuticos alternativos, como por exemplo, miomectomia (em casos de mioma), pesario (para prolapso) e tratamento hormonal (em hipóteses de hemorragias ou endometrioses), mas optou-se pelo tratamento médico-cirúrgico em referência.
4. Me foram devidamente esclarecidos alguns procedimentos ginecológicos comumente realizados nesta unidade hospitalar, sendo que cada um deles envolve métodos diferentes, que serão explicados a seguir:

**Histerectomia:** Consiste na extirpação (retirada) do útero com ou sem colo, que pode ser realizado por via vaginal (transvaginal), através de abertura no abdômen ou videolaparoscópica. A realização deste procedimento supõe a impossibilidade de ter filhos e a ausência de menstruação. Há três tipos de histerectomia, a seguir:

- Parcial ou Subtotal: Consiste apenas na remoção do corpo do útero, em que o colo do útero não é retirado, motivo pelo qual ainda é necessário fazer o exame de papanicolau regularmente.
- Total: Nesta técnica há a retirada do corpo e do colo do útero.
- Radical: Retirada do corpo e de colo útero, bem como dos seus anexos trompas de falópio (salpingectomia), dos ovários (ooforectomia) e do tecido da vagina em torno do colo do útero.
- Complicações e riscos mais comuns à referida cirurgia: infecções com possibilidade de evolução febril; hemorragias com a possível necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória); hematoma pós-operatório, que é o acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feita um drenagem cirúrgica; lesões de bexiga, uretra ou ureteres, lesões intestinais, sendo necessário cirurgia especializada; fístulas; deiscência (abertura de pontos) da ferida, sendo necessária, eventualmente, nova anestesia para refazimentos dos pontos que abriram; trombose venosa dos membros inferiores e embolia pulmonar; dores devido à posição cirúrgica; queloides (cicatriz, espessa e dolorida) e retração cicatricial; e vagina curta com dificuldade para ter relação sexual. A longo prazo,

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

**Histeroscopia Cirúrgica:** Consiste na endoscopia na cavidade uterina para confirmação diagnóstica e tratamento cirúrgico de pólipos uterino.

- Complicações e riscos mais comuns à referida cirurgia: 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; e lesões de estruturas intra-abdominais, no caso de perfuração uterina, podendo necessitar de correção cirúrgica das mesmas. A longo prazo, pode ocorrer aparecimento de novo (s) pólipo (s) uterinos.

**Traquelectomia ou Conização:** Consiste na retirada de parte do colo do útero. Esse procedimento, geralmente é utilizado para diagnosticar e tratar lesões do colo do útero, malignas ou não. Este procedimento é indicado nos casos tratamento de lesões intraepiteliais em colo uterino e para câncer invasivo. Às vezes existe a necessidade de dilatar o colo uterino para poder realizar o procedimento com mais segurança.

- Complicações e riscos mais comuns à referida cirurgia: Cólicas após a cirurgia; infecção uterina; lesão do trato urinário; fechamento de canal endocervical; lesão intestinal; hemorragias; e etc.

**Linfadenectomia pélvica:** retirada do tecido gorduroso e dos gânglios (linfonodos) que se encontram junto com os vasos e nervos da pelve.

- Complicações e riscos mais comuns à referida cirurgia: hemorragia aguda; linfocistos pós-operatórios; e lesão do nervo obturatório.

5. Fui informada que se no momento da cirurgia surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar técnica cirúrgica programada.
6. Fui orientada de que toda peça operatória ou material extirpado será enviado para completar o estudo anatomopatológico.
7. Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações medicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderão acarretar em prejuízos no resultado.
8. Estou ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas.
9. Fui informada e estou ciente que para realizar uma intervenção médica invasivo-cirúrgica será necessário o emprego de anestésico, cujos métodos, preparo (avaliação pré-operatória), as técnicas e os fármacos serão de indicação e responsabilidade exclusiva do (a) médico (a) anestesista, porém, concordo e autorizo o (a) médico (a) assistente – cirurgião (a) a suspender o procedimento invasivo-cirúrgico, em caso de intercorrência (fato adverso), por ocasião da aplicação do anestésico, que implique em aumento do risco do ato médico.

10. Expressamente, concordo que o (a) médico (a) assistente realize durante a internação, todos os atos necessários ao cuidado e preservação da vida e outros procedimentos que sejam necessários em decorrência de situações imprevisíveis ou fortuitas, as quais, desde já autorizo.

11. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas apenas os mais frequentes.

12. Fui esclarecido (a) quanto a eventual necessidade de transfusão de sangue e hemoderivados, a qual:

Autorizo a realização

Recuso a realização pelo (s) seguinte (s) motivo (s):

**Estou ciente que o registro de minha recusa quanto à realização de transfusão de sangue e hemoderivados será submetida a equipe médica responsável pela indicação do procedimento, que se pronunciará acerca da viabilidade da conduta proposta inicialmente.**

13. **DECLARO** que li, recebi esclarecimentos pelo médico assistente e equipe, tive oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar algum item, parágrafo, ou palavras que não concordasse, inclusive quanto à possibilidade de revogação.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização do procedimento ginecológico proposto. Afirmando ainda, que recebi uma cópia do presente, o qual é composto por 03 (três) páginas e (02) duas vias.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

#### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco ou vínculo \_\_\_\_\_

**(\*\*Obrigatório nos casos de representação\*\*):**

#### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO

Expliquei o exame ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura, CRM e carimbo do Médico Responsável

#### TESTEMUNHAS

Nome legível: \_\_\_\_\_ Nome legível: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Revogação: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_, às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante Legal