

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE HISTERECTOMIA RADICAL**

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p align="center">Cole aqui a etiqueta</p> </div> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ___/___/___</p> <p align="center">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p>	<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p>

DECLARO Que o Doutor:

Nome: _____

CRM n.º: _____, Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de:

Ser conveniente e indicado proceder HISTERECTOMIA RADICAL em () minha pessoa ou em () paciente supra mencionado.

Esclareceu-me que:

1. Há outras possibilidades opcionais terapêuticas: Radioterapia ou Hormonioterapia.

Cuja indicação é:

() Imprescindível () Necessária () Conveniente

2. A histerectomia radical necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia.

3. A histerectomia radical só pode ser praticada por via abdominal. A intervenção consiste na extirpação do útero assim como do colo, o que supõe a não possibilidade de ter filhos, assim como ausência de menstruação. A histerectomia radical está associada a extirpação dos anexos (ovários e trompas), linfadenectomia pélvica bilateral e exploração de gânglios paraaórticos.

4. Toda peça operatória ou material extirpado será enviado para completar o estudo anatomo-patológico.

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 por ordem de frequência, podem ser:

- a) Infecções com possibilidade de evolução febril (urinária, de parede abdominal, pélvica);
- b) Hemorragias com a possível necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória);
- c) Lesões vesicais, ureterais e/ou vesicais;
- d) Lesões intestinais;
- e) Fistulas.

Em longo prazo poderá ocorrer prolapso (descensos) de cúpula vaginal ou hérnias pós-laparotômicas (abdominais);

7. Se o momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

8. Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento, dentre eles, a transfusão de sangue e hemocomponentes.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HISTERECTOMIA RADICAL

A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situações de anemias graves ou hemorragias, ou em decorrência de procedimentos cirúrgicos. Apesar de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente, e por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis, como febre, calafrios e alergia, geralmente leves e facilmente tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismos que podem não ser detectados através desses exames.

9. Foi-me informado também que a não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

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

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

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que **HISTERECTOMIA RADICAL** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Todas as peças operatórias ou materiais extirpados serão enviados para completar o estudo anatomo-patológico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **HISTERECTOMIA RADICAL** proposta.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico

Paciente ou Representante ou
Responsável

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

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