

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE CORREÇÃO DE PROLAPSOS
PERINEAIS E HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL**

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 a CORREÇÃO DE PROLAPSOS PERINEAIS E HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL em () minha pessoa ou em () paciente supra mencionado.

A Cirurgia cuja indicação é: () Imprescindível () Necessária () Conveniente

Esclareceu-me que a cirurgia será realizada da seguinte forma:

- Posição ginecológica com pernas elevadas.
- Esta cirurgia necessita de anestesia que será avaliada pela equipe de anestesia
- Deslocamento da mucosa vaginal.
- Retirada do útero e anexos por via vaginal.
- Levantamento da bexiga por via vaginal.
- Ressecção do excesso de mucosa vaginal.
- Fechamento da mucosa vaginal.
- Sondagem vesical.
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

A Cirurgia de Correção de Prolapsos Perineais e Histerectomia por Via Vaginal não está isenta de complicações. De forma excepcional, pode surgir:

- Hematoma intra-operatório, podendo ser necessário à transfusão de sangue (hemocomponentes) intra ou pós-operatório. 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 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.
- 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.
- Infecções pós-operatórias, locais e ou sistêmicas que às vezes requerem drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos.

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE CORREÇÃO DE PROLAPSOS
PERINEAIS E HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL**

- 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.
- 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 de percentual de mortalidade.

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

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 a **CIRURGIA DE CORREÇÃO DE PROLAPSOS PERINEAIS E HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Todas as peças operatórias ou materiais extirpados serão enviados para completar o estudo anatomopatológico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **CIRURGIA DE CORREÇÃO DE PROLAPSOS PERINEAIS E HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL** 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