

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE CIRURURGIA DE TRATAMENTO DO CÂNCER DE
OVÁRIO E ENDOMÉTRIO**

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p align="center">Cole aqui a etiqueta</p> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: __/__/____</p> <p align="center">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p> </div>	<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 CIRURGIA DE TRATAMENTO DO CÂNCER DE OVÁRIO E ENDOMÉTRIO 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:

- Este procedimento requer anestesia que será avaliada pela equipe de anestesia.
- Abertura da parede abdominal.
- Inventário da cavidade abdominal.
- Retirada do útero, paramétrios, trompas e ovários.
- Amostragem de gânglios linfáticos para-ílicos e da fossa obturadora.
- Biópsia peritoneal.
- Omentectomia.
- Colocação de drenos abdominais.
- Sondagem vesical.
- Fechamento da ferida operatória por aproximação da pele próxima restante.
- Como condição final, o abdômen fica com uma cicatriz e drenos.
- O material que me for extirpado, constituindo a peça operatória, deverá ser enviado para estudo anatomopatológico para confirmação diagnóstica de minha patologia.
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.
- Pode ocorrer insucesso, isto é, a cirurgia pode não resolver completamente a remoção de todo o câncer, podendo haver recidiva em cúpula vaginal ou outra área abdominal e metástases e podendo ocorrer inclusive complicações inerentes ao procedimento cirúrgico.

Fui informada também que:

A Cirurgia de Tratamento do Câncer de Ovário e Endométrio não está isenta de complicações. De forma excepcional, pode surgir:

- Hemorragia intra-operatória, 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 vasos ílicos, sendo necessário transplante venoso, a cargo de um cirurgião vascular.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURURGIA DE TRATAMENTO DO CÂNCER DE OVÁRIO E ENDOMÉTRIO

- Lesão de bexiga e ou de alças intestinais, sendo necessário o concurso de cirurgia especializada.
- Hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feita uma drenagem cirúrgica.
- Seromas pós-operatório, que é o acúmulo de líquido seroso no abdômen e que deve ser drenado.
- Infecção pós-operatórias, locais e sistêmicas, que às vezes requerem drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos.
- 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.
- Edema de membros inferiores, que ocorre pela interrupção da drenagem linfática devido a retirada de vasos e gânglios pélvicos, necessária para o tratamento adequado do câncer do colo.
- Trombose venosa dos membros inferiores.
- Quelóides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial.
- Parestesias dos membros inferiores.
- Formação de fístulas ginecológicas.
- Vagina curta com dificuldade para ter relação sexual.
- Entendo que toda intervenção cirúrgica, devido a características próprias da técnica cirúrgica ou das condições intrínsecas do paciente (hipertensão, diabetes, obesidade, cardiopatia, anemia, velhice, etc.) tem implícito uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão requerer tratamentos complementares clínicos e ou cirúrgicos, bem como um risco, embora mínimo, é passível de ocorrer, que é a morte em decorrência da cirurgia.

A não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

Estou ciente 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 TRATAMENTO DO CÂNCER DE OVÁRIO E ENDOMÉTRIO** 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 TRATAMENTO DO CÂNCER DE OVÁRIO E ENDOMÉTRIO** 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