



Registro Padrão Unimed - 355

Revisão: 001 | Data: 13/11/2014

Termo de Consentimento Esclarecido Pré- Procedimento Cirúrgico: Histerectomias



Declaro para todos os fins que recebi do (a) Médico (a) Dr. _____, CRM-____ sob o n°. _____ todas as informações referentes ao procedimento cirúrgico "HISTERECTOMIAS", atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, o (a) mesmo (a) sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o procedimento, sendo:

▪ **Definição:**

É a retirada cirúrgica do útero, podendo ser total, parcial ou ampliada (inclui trompas e ovários). Pode ser realizada por vídeo-laparoscopia incisão (corte) no abdômen ou por via vaginal.

▪ **Potenciais riscos:**

1. Hemorragias durante a cirurgia ou no pós-operatório, podendo nestes casos, necessitar reintervenção cirúrgica;
2. Lesões de outros órgãos: bexiga, uretra, intestino;
3. Hematomas (acúmulo de sangue) na ferida operatória;
4. Trombose venosa profunda;
5. Pulmonares: atelectasia, pneumonia e embolia (esta muito grave, podendo levar a óbito);
6. Infecções: ferida operatória, vias urinárias, peritonite (infecção na cavidade abdominal);
7. Hérnia incisional (aquela que se forma na cicatriz cirúrgica);
8. Prolapso da cúpula vaginal;
9. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseiras);
10. Sangramento com necessidade de transfusão.

CONSENTIMENTO

Declaro para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8078/90 que dou plena autorização ao (a) Médico (a) acima descrito (a) a proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do estado de saúde, bem como, executar o tratamento cirúrgico designado e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal procedimento possa requerer podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da área.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento pode obrigar o (a) Médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e ser atendido em minhas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresse meu pleno consentimento para sua realização.

Nome do paciente			
RG			
Consentido pelo	<input type="checkbox"/> Cliente/paciente	<input type="checkbox"/> Responsável	
Nome			
RG			
Assinatura		Data	/ /

Confirmo que esclareci detalhadamente para o cliente/paciente e/ou responsável todas as informações acima descritas		/ /
	Médico (a)	Data

"Código de Ética Médica - Art. 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando, a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal. Lei 8078 de 11/09/1990 - Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes."