

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Por este instrumento, eu declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo (a) médico (a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

CG_PROC_GINE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE PERITONEAL

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A endometriose é uma doença que ocorre quando um tecido similar ao endométrio, que é o tecido que reveste a parede interna do útero, cresce em outras regiões do abdômen, causando principalmente dor e infertilidade. O tratamento cirúrgico da endometriose consiste em remover a endometriose e liberar as aderências, eliminando os focos da doença, e, em situações mais complicadas, poderá ser necessário remover órgãos afetados. A cirurgia pode ser realizada através de diferentes vias de acesso: aberta/corte, videolaparoscopia ou roboticamente assistida, cada qual com suas indicações, riscos e benefícios específicos. Os órgãos e locais mais comumente acometidos são fundo de saco posterior (zona da cavidade abdominal entre o reto e a vagina), ovários, trompas, peritônio, útero (serosa e ligamentos) e colón retossigmoide. Além destes, apêndice cecal, outras porções do intestino grosso, intestino delgado, ureteres, bexiga, diafragma e músculos/aponeurose da parede abdominal também podem estar acometidos. Como a endometriose afeta mais de um órgão pélvico e pode modificar a posição habitual da pelve, se faz necessário a dissecação sistemática dos órgãos nobres dessa região, no intuito de reconstituir a anatomia da região, para que então se proceda à retirada das lesões com segurança. Se faz necessário, também, o uso de manipulador uterino (haste semi-rígida) posicionada no endométrio, via exame especular, e manipulada externamente por cirurgião auxiliar, com intuito de viabilizar acesso cirúrgico a estruturas pélvicas retrouterinas."

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

O procedimento visa contribuir com a melhora clínica contribuindo com elucidação diagnóstica e/ou intervenção terapêutica.

O abordagem cirúrgica tem como objetivo o tratamento com melhora de dor pélvica crônica, cólicas menstruais fortes, dor durante relação sexual e infertilidade. O tratamento cirúrgico, entretanto, não garante cura da condição

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

que levou à realização do procedimento e também não garante a melhora dos sintomas relacionados. Sendo possível e optado por um procedimento cirurgicamente minimamente invasivo, estão entre os seus benefícios menor dor pós-operatória, permanência hospitalar mais curta, retorno mais breve às atividades habituais, melhor resultado estético e redução significativa de custos globais, especialmente se considerado o período de afastamento das atividades laborais.

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao(à) médico(a) responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente, como: piora da dor, progressão das lesões para efeito de obstrução de órgãos como (intestino e ureteres) e impacto na fertilidade. O tratamento clínico foi considerado, com suas limitações

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter ao procedimento na grande maioria das vezes é pessoal e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

Os possíveis riscos associados à cirurgia/procedimento são:

- Sintomas no pós-operatório como dor, náuseas, vômitos e queixas urinárias;
- Recidiva das lesões (endometriose);
- Sangramento em cavidade abdominal, via vaginal ou parede abdominal, com ou sem necessidade de novos procedimentos cirúrgicos;
- Infecção do sítio cirúrgico (dentro da cavidade abdominal e/ou na parede, no trajeto das incisões cirúrgicas), inclusive com risco de deiscência (vazamento) de eventual anastomose realizada, com ou sem necessidade de novos procedimentos cirúrgicos;
- Necessidade de retirada de útero, trompa(s) e/ou ovário(s) durante ou após o procedimento, por acometimento pela endometriose ou por sangramento ou lesão durante a manipulação cirúrgica;
- Lesão de outros órgãos dentro da cavidade abdominal (como por exemplo: vasos sanguíneos de maior calibre, fígado, baço, intestinos, bexiga, vagina, rins e ureteres);
- Má cicatrização, inflamação e formação de quelóides nos locais das incisões cirúrgicas;
- Hérnia incisional;
- Dor abdominal, que pode perdurar;
- Retenção urinária;
- Necessidade de ostomia (abertura na parede abdominal para saída de conteúdo fecal) temporária ou permanente e/ou formação de fístulas gastrointestinais;
- Outras infecções associadas ao cuidado, como infecção urinária e respiratória;

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

- Formação de aderências dentro da cavidade abdominal que podem causar quadros de obstrução intestinal a curto ou longo prazo;

- Outros riscos raros, porém descritos na literatura são: complicações cardiovasculares (incluindo arritmias e infarto) e trombose/tromboembolismo pulmonar e, até, parada cardíaca, podendo evoluir para óbito

Estou ciente de que procedimentos minimamente invasivos (robô assistidos, vídeo-assistidos ou endoscópicos), por motivos técnicos ou relacionados ao paciente, podem ser convertidos a técnicas mais convencionais, de modo parcial ou total, quando a técnica inicialmente proposta se mostre inviável ou de risco importante.

As complicações associadas a este procedimento/cirurgia, ainda que incomum ou raras, variam de lesões simples a mais complicadas aqui não descritas que podem requerer acompanhamento em unidade de terapia intensiva após a cirurgia.

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos de escolha para a atual condição clínica, porém pode não ser a cura para tal condição. Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Riscos potenciais adicionais:

REABILITAÇÃO

Fui informado(a) de que, após o procedimento, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação.

Orientações adicionais de reabilitação:

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento.

Esta autorização é dada ao/à médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s).

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

—

[] SIM [] NÃO - Autorizo a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

—

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

____ ou _____
Paciente Responsável

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento

Nome: _____

RG: Parentesco:

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: __/__/__

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

**Assinatura e
Nome do Médico / CRM**