

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:

GINE - CIRURGIA DE HISTEROSCOPIA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O Exame de Histeroscopia é a endoscopia da cavidade uterina, um procedimento ginecológico realizado por via vaginal que consiste na introdução de uma câmera e, se necessário, materiais cirúrgicos através do colo uterino (como tesouras e materiais que conduzem eletricidade para cortar ou cauterizar lesões). Algumas abordagens cirúrgicas possíveis por histeroscopia são: biópsia de endométrio, retirada de pólipos e/ou miomas, lise de sinéquias, ressecção de septo uterino, colocação, controle ou remoção de dispositivo intra-uterino, correção de istmocele, ablação endometrial. Em alguns casos pode ser necessária uma segunda histeroscopia para completar o tratamento. Algumas vezes o procedimento é impossibilitado devido estenose do canal endocervical ou realização de falso trajeto durante passagem dos materiais. Durante a histeroscopia não é possível avaliar as trompas uterinas, os ovários, bem como os outros órgãos pélvicos, pois é um procedimento que avalia o útero internamente.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Os benefícios do procedimento a mim explicados são: estudo da cavidade uterina e do canal cervical para diagnosticar e, se possível, tratar patologias que causem sangramento uterino anormal ou alterações em exame de imagem, bem como para investigar estados de infertilidade conjugal. Desta forma, o procedimento pode contribuir com elucidação diagnóstica bem como com finalidade terapêutica (tratamento).

Benefícios esperados adicionais:

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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. Não realizar o procedimento proposto pode ter impacto na progressão da doença/sintoma e nas consequências decorrentes da ausência do diagnóstico adequado e da falta do respectivo tratamento apropriado, com piora do quadro clínico atual.

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter à cirurgia/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.

Apesar da cautela, a histeroscopia pode apresentar complicações, como todos os procedimentos cirúrgicos

- Infecções (urinárias, do útero, das trompas uterinas);
- Lacerações de colo uterino;
- Realização de falso trajeto e perfuração do útero, sobretudo em idosas e se houver doenças malignas

associadas;

- Hemorragias;
- Alterações sanguíneas devido a absorção dos fluidos utilizados para expansão da cavidade uterina;
- Lesões vesicais ou intestinais;
- Absorção excessiva da solução utilizada para distensão da cavidade uterina ou embolia gasosa, podendo causar alterações cardíacas, respiratórias e neurológicas.

Há a possibilidade de que, no curso da intervenção ou após, se encontre alguma situação das acima expostas, que irá requerer um tratamento mais complicado e diferente daquele inicialmente proposto. As complicações, assim que diagnosticadas pela equipe médica, serão avaliadas e medidas adicionais poderão ser tomadas, segundo o julgamento da equipe, como: introdução de antibiótico, transfusão sanguínea ou de componentes sanguíneos, internamento em unidade de terapia intensiva (uti), mudança da técnica cirúrgica para laparoscopia (cirurgia por câmera por via abdominal) ou laparotomia (cirurgia aberta) e melhor avaliação dos órgãos da cavidade abdominal, bem como cirurgias corretivas para bexiga e intestino, incluindo necessidade de uso de sonda vesical e colostomia. Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco mínimo de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico, ou da condição clínica e problemas de saúde de cada paciente (diabetes, problemas de coração, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade e outros).

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

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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 de que, após a cirurgia, 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.

Estou ciente que processo de reabilitação pós-operatório é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. Métodos para auxiliar em uma recuperação mais rápida dependerão da evolução de cada paciente no pós-operatório. O(A) médico(a) responsável discutiu e explicou as orientações de reabilitação.

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).

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.

Paciente: _____

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

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

--

[] 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.

**Assinatura e
Nome do Médico / CRM**