

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 - CIRURGIAS GINECOLÓGICAS

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Procedimentos cirúrgicos ginecológicos são técnicas que visam o tratamento/cura de doenças benignas ou malignas por meio da intervenção do médico no paciente, que podem ocorrer através de práticas convencionais e também minimamente invasivas.

O acesso pode ser feito através de corte (cirurgia aberta) ou técnicas minimamente invasivas (como histeroscopia, videolaparoscopia e cirurgia roboticamente assistida).

Na cirurgia a equipe cirúrgica poderá ressecar (retirar) total ou parcialmente órgãos acometidos ou utilizar outras técnicas cabíveis para tratar a doença que levou à realização do procedimento - como raspagem (shaving), cauterização (queimar), aspiração de conteúdo, enucleação, entre outros.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Os procedimentos cirúrgicos ginecológicos tem o objetivo de melhorar o estado de saúde de um paciente cuja condição clínica apresenta-se com algum grau de comprometimento - dor, sangramentos, infertilidade, instabilidade hemodinâmica, entre outros.

Os benefícios do procedimento a mim explicados são: possibilidade da realização do diagnóstico da hipótese inicial, auxiliar na visualização da anatomia local, eventual realização da coleta de biopsia, melhora de sintomas associados, reestabelecimento de estabilidade clínica/hemodinâmica e/ou tratamento de lesões oncológicas, entre outros.

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 (a) médico 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.

No entanto existem alguns riscos potenciais do procedimento, são eles: infecção; sangramento; cicatriz não cosmética; lesões acidentais dos órgãos próximos do sítio cirúrgico (útero e tubas uterinas, ovário, bexiga, intestino e ureter), o que pode implicar em maior tempo de hospitalização, com correção do dano de forma imediata ou através de outro procedimento cirúrgico. No caso de qualquer lesão no sistema urinário e de lesão intestinal pode ser necessário o apoio de cirurgião especializado e, em casos complexos, poderá ser necessário colostomia (desvio do intestino, com abertura na parede do abdome). Nos casos em que uma eventual lesão se manifeste vários dias após a cirurgia, como é o caso de fístulas (trajeto novo de conexão entre órgãos e/ou pele, por exemplo, ureter, intestino, bexiga, vagina e pele) será necessária uma nova cirurgia corretora, eventualmente, com cirurgião especializado.

Após a cirurgia, no pós-operatório, também podem ocorrer: hematoma da parede abdominal (acúmulo de sangue no local cirúrgico), que pode necessitar drenagem (retirar o sangue acumulado no local), deiscência de sutura (abertura da ferida operatória pela não contenção dos pontos cirúrgicos), que pode necessitar ressutura; lesão de bexiga e/ou de alças intestinais, sendo necessário apoio de cirurgião especializado; infecção pós-operatórias, locais e sistêmicas que às vezes requerem drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos, dores lombares devido à posição cirúrgica; dor pélvica, devido a formação de aderências intraabdominais, hérnias e, em longo prazo, prolapsos (descida da cúpula da vagina); quelóides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial e síndrome do ovário residual (aparecimento de cisto ovariano); parestesias nos membros inferiores; formação de fístulas ginecológicas; vagina curta com dificuldade para ter relação sexual; trombose venosa dos membros inferiores (obstrução de veias nas pernas); embolia pulmonar, parada cardiorrespiratória e 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 esses procedimentos, 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

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais e do tratamento recebido, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações médicas para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica. 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**