



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CIRURGIA OVARIANA		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

Fui informado(a) pelo médico de que as avaliações e os exames realizados revelaram alterações no(s) ovário(s) que indicam a necessidade de uma cirurgia ovariana (como a remoção de cistos, tumores ou do próprio ovário). O objetivo principal é a resolução da patologia identificada, visando a preservação da saúde reprodutiva e hormonal, quando possível, ou a remoção de tecidos doentes que representem risco à integridade física.

2. BENEFÍCIOS, PROBABILIDADE DE SUCESSO, RECUPERAÇÃO E RISCOS DO NÃO TRATAMENTO

Os benefícios esperados incluem o alívio de sintomas (como dor pélvica), a prevenção de complicações (como torção ou ruptura do ovário) e o diagnóstico/tratamento de tumores benignos ou malignos. A probabilidade de sucesso é alta, mas depende da natureza da doença e das condições clínicas individuais. O processo de recuperação envolve repouso, controle da dor com medicações e restrição de esforço físico por algumas semanas, variando conforme a técnica utilizada (aberta ou por vídeo). O não tratamento pode resultar no crescimento da lesão, dor crônica, ruptura com hemorragia interna, torção ovariana (emergência médica) ou progressão de uma doença maligna.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Fui informado(a) sobre as alternativas disponíveis, que podem incluir o tratamento conservador (observação clínica e exames de imagem seriados) ou o uso de medicamentos (como anticoncepcionais para certos tipos de cistos). A indicação cirúrgica foi escolhida por ser a opção mais segura e eficaz para o meu quadro atual, considerando o risco de complicações agudas ou a necessidade de análise histopatológica (biópsia) da lesão.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO, RISCOS ESPECÍFICOS E USO DE SANGUE

O procedimento consiste na abordagem do(s) ovário(s) por via laparoscópica (pequenos furos com auxílio de câmera) ou laparotomia (corte tradicional no abdome). Estou ciente de que podem ocorrer complicações gerais (sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios). As complicações específicas incluem:

- Complicações imediatas (0.14% a 0.60%): hematoma de parede abdominal, enfisema subcutâneo, trauma vascular (hemorragia), lesão de bexiga, ureter e intestino, trombose venosa, tromboembolismo pulmonar, embolia gasosa, arritmia, morte.
- Complicações pós-operatórias: náuseas, vômitos, retenção urinária, dor abdominal.
- Complicações tardias: infecção operatória, infecção urinária, hérnia incisional. - Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

Uso de Sangue e Hemoderivados: Em caso de hemorragia ou trauma vascular, pode haver necessidade de transfusão sanguínea para preservar a vida. Os benefícios são a estabilização hemodinâmica e a oxigenação dos tecidos. Os riscos incluem reações transfusionais e infecções (raras). As alternativas incluem o uso de expansores de volume e cristaloides, dependendo da gravidade e da avaliação da equipe médica.

5. ANESTESIA

Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiologista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.



6. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais e por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi(ram) exposto(s) no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a necessidade de cada evento.

7. SITUAÇÕES IMPREVISÍVEIS

Estou ciente de que, durante o(s) procedimento(s) para tentar curar ou melhorar as condições citadas, poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas que exijam condutas médicas imediatas.

8. DISPOSIÇÕES LEGAIS E CONSENTIMENTO

Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação;

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 minha assinatura.

Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas à equipe médica, as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações acerca das quais apresenta alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido da equipe médica a orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento / tratamento, mas apenas os mais frequentes. Contudo, fui amplamente esclarecido pelo médico assistente e sua equipe.

Consinto, portanto, ao médico assistente a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

Sei que possuo o pleno direito de revogar este consentimento a qualquer tempo antes do início do procedimento, sem que isso implique qualquer penalidade ao meu atendimento.

Comprometo-me a expressar previamente negativas de forma expressa e irrevogável a atos, tratamentos ou condutas os quais opto por não autorizar.



PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

_____ às _____ de _____ de _____ de _____.
Local, hora, data

1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*.