



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

1. RISCOS E BENEFÍCIOS DO PROCEDIMENTO PLANEJADO

A Cirurgia Videolaparoscópica Ginecológica é uma técnica minimamente invasiva que utiliza pequenas incisões para a introdução de uma câmera e instrumentos especializados.

Os benefícios incluem menor trauma tecidual, redução significativa da dor pós-operatória, menor tempo de internação hospitalar, recuperação mais célere para as atividades habituais e melhor resultado estético.

Contudo, como qualquer ato cirúrgico, apresenta riscos inerentes, tais como reações adversas a medicamentos, infecções de sítio cirúrgico, sangramentos e riscos associados ao pneumoperitônio (insuflação de gás carbônico na cavidade abdominal), que podem afetar momentaneamente a função respiratória e circulatória.

2. PROBABILIDADE DE SUCESSO, COMPLICAÇÕES E RECUPERAÇÃO

A probabilidade de sucesso é elevada, sendo esta a técnica padrão-ouro para diversas patologias ginecológicas.

O processo de recuperação geralmente envolve de 7 a 15 dias de repouso relativo. No entanto, o paciente deve estar ciente das complicações potenciais, que incluem: traumas na parede abdominal, complicações infecciosas, hemorragias por lesões vasculares, lesões de órgãos do aparelho digestivo ou do trato urinário, embolias gasosas e trombose venosa profunda.

Existe o risco de conversão para laparotomia (cirurgia aberta tradicional) devido a dificuldades técnicas ou risco aumentado de complicações durante o ato. Em casos de alta complexidade, pode haver a opção de planejar a resolução do tratamento em um segundo momento com uma nova cirurgia complementar.

O não tratamento pode resultar na progressão da doença, agravamento de quadros algícos, infertilidade ou necessidade de intervenções de urgência em condições clínicas desfavoráveis.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS

As alternativas cirúrgicas incluem a laparotomia (cirurgia aberta), que demanda incisões maiores e maior tempo de recuperação, ou a cirurgia robótica, conforme disponibilidade e indicação clínica.

Como opções não cirúrgicas, dependendo da patologia diagnosticada (como miomas ou endometriose), podem ser considerados o manejo farmacológico com terapias hormonais, o uso de dispositivos intrauterinos medicados ou o acompanhamento clínico expectante. A escolha pela via videolaparoscópica baseia-se na busca pela máxima eficácia com a mínima invasividade possível para o quadro específico da paciente.

4. USO DE SANGUE E PRODUTOS SANGÜÍNEOS

Embora a perda sanguínea na videolaparoscopia seja habitualmente reduzida, a necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados pode surgir em situações de hemorragia inesperada ou anemia severa pré-existente.

Os benefícios da transfusão consistem na manutenção da oxigenação tecidual e estabilidade hemodinâmica vital.

Os riscos, embora minimizados pelos rigorosos testes de triagem, incluem reações transfusionais febris, alérgicas ou, raramente, transmissão de infecções.

Como alternativas, podem ser utilizados expansores plasmáticos cristaloides ou coloides e, em casos programados, a otimização pré-operatória dos níveis de ferro e hemoglobina.

5. EMPREGO DE 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 anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

6. MATERIAIS ESPECIAIS E SITUAÇÕES IMPREVISTAS

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. EQUIPE ASSISTENCIAL

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;

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)*.