



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

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

A Colpoperineoplastia é um procedimento cirúrgico indicado para a correção de defeitos no suporte dos órgãos pélvicos, condição conhecida como prolapso genital (popularmente chamado de "bexiga caída" ou "útero caído"). O diagnóstico baseia-se na identificação de fraqueza nos tecidos e músculos que sustentam a vagina, o reto e a bexiga, podendo resultar em sintomas como sensação de peso na pelve, abaulamento vaginal, dificuldades evacuatórias, disfunções sexuais e, em muitos casos, incontinência urinária de esforço.

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

O principal benefício da cirurgia é a restauração da anatomia pélvica e a melhora significativa da qualidade de vida, aliviando o desconforto físico e restaurando as funções urinária e sexual. A probabilidade de sucesso é elevada, embora dependa da qualidade dos tecidos da paciente e do seguimento rigoroso das orientações pós-operatórias. O risco de não realizar o tratamento inclui o agravamento progressivo do prolapso, o surgimento de feridas (úlceras) na mucosa vaginal exposta, infecções urinárias de repetição e a piora da obstrução urinária ou intestinal.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Como alternativas ao tratamento cirúrgico, foram discutidas opções conservadoras, tais como a fisioterapia pélvica para fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (indicada para casos leves) e o uso de pessários vaginais (dispositivos de silicone inseridos na vagina para sustentar os órgãos), indicados para pacientes que não desejam ou não podem ser submetidas a cirurgias. Compreendo que estas opções podem aliviar sintomas, mas não corrigem definitivamente a alteração anatômica.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

O procedimento consiste na realização de incisões por via vaginal para reforçar as paredes anterior e/ou posterior da vagina, aproximando os músculos e tecidos de sustentação. Em alguns casos, pode ser necessária a utilização de telas sintéticas para garantir maior suporte. Como em qualquer ato cirúrgico, existem riscos, sendo os mais frequentes:

- Hemorragia: Sangramento excessivo durante ou após a cirurgia;
- Lesão acidental da bexiga e do intestino: Danos aos órgãos vizinhos durante a manipulação;
- Infecção pós-operatória: Processo infeccioso no local da cirurgia;
- Infecção urinária: Decorrente do uso necessário da sonda vesical (cateter para drenar a urina);
- Recidiva da incontinência urinária: Retorno da perda involuntária de urina após o procedimento;
- Expulsão da tela: Rejeição ou saída do material sintético, podendo exigir nova cirurgia para retirada;
- Embolia pulmonar: Deslocamento de um coágulo para os pulmões;
- Trombose venosa profunda: Formação de coágulos de sangue nas veias das pernas;
- Dificuldade ou desconforto para urinar: Geralmente temporário, devido ao inchaço local;
- Cicatrizes com formação de queloides: Cicatrização grosseira, endurecida ou com relevo.

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Embora não seja a rotina, a cirurgia pélvica ocorre em uma região ricamente vascularizada, próxima a importantes vasos da região pélvica (como os vasos ilíacos). Em situações de sangramento inesperado e volumoso, pode ser necessária a transfusão de sangue ou hemoderivados para preservar a vida e a estabilidade da paciente. Estou ciente de que tal medida segue protocolos rigorosos de segurança, mas não é isenta de riscos, como reações alérgicas ou transmissão de doenças raras.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

A recuperação exige repouso pélvico absoluto. Devo evitar esforços físicos, carregar peso ou realizar atividades de impacto por um período mínimo de 30 a 45 dias. A abstenção sexual (relação com penetração) é obrigatória por cerca de 60 dias, ou conforme orientação médica, para permitir a cicatrização completa dos tecidos internos. A higiene local deve ser rigorosa para evitar infecções.

7. ANESTESIA, ÓRTESES E PRÓTESES

Estou ciente de que será necessário o emprego de anestesia, cujos riscos e benefícios serão detalhados pelo médico anestesiológista. Também autorizo a utilização de órteses, próteses ou materiais especiais (como telas) que se façam necessários para o sucesso do ato operatório.

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)*.