



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

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

A Histerectomia é o procedimento cirúrgico que consiste na retirada do útero, podendo ser total (corpo e colo uterino), subtotal (preservação do colo) ou radical (incluindo tecidos adjacentes e, por vezes, parte da vagina). Este procedimento é indicado para o tratamento definitivo de diversas patologias ginecológicas, tais como miomatose uterina sintomática, adenomiose, hemorragias uterinas anormais que não respondem ao tratamento clínico, dor pélvica crônica de origem uterina, prolapso uterino acentuado e neoplasias (câncer) de colo, corpo uterino ou ovários.

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

Os principais benefícios incluem a resolução definitiva de sangramentos excessivos, alívio de dores pélvicas e compressivas, além do tratamento de lesões pré-malignas ou malignas.

A probabilidade de sucesso na resolução dos sintomas é considerada muito alta, sendo uma das cirurgias ginecológicas mais realizadas no mundo.

A recusa ou o adiamento do tratamento pode acarretar riscos graves, como anemias severas por hemorragia, crescimento de tumores com invasão de órgãos vizinhos, infecções pélvicas recorrentes e piora significativa da qualidade de vida.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Antes da indicação cirúrgica, foram consideradas e discutidas alternativas menos invasivas, dependendo da patologia de base, tais como: uso de medicamentos hormonais (anticoncepcionais, análogos de GnRH), inserção de sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU hormonal), ablação endometrial, embolização de artérias uterinas ou miomectomia (retirada apenas dos miomas).

A histerectomia é proposta quando tais alternativas não são indicadas, falharam ou quando a paciente deseja uma solução definitiva.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

A cirurgia pode ser realizada por via abdominal (aberta), vaginal, videolaparoscópica ou robótica, conforme decisão técnica prévia.

Como todo ato cirúrgico, existem riscos inerentes, sendo os mais frequentes e relatados:

- Hemorragias durante a cirurgia ou pós-operatório (podendo necessitar reintervenção);
- Lesões de outros órgãos (bexiga, uretra, intestino);
- Hematomas na ferida operatória;
- Trombose venosa profunda;
- Complicações pulmonares (atelectasia, pneumonia e embolia - esta muito grave, podendo levar a óbito);
- Infecções (ferida operatória, vias urinárias, peritonite);
- Hérnia incisional;
- Prolapso da cúpula vaginal;
- Cicatrizes com formação de quelóides.

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Devido à localização do útero e sua proximidade com grandes vasos da região pélvica e abdominal (como as artérias ilíacas e a aorta abdominal), existe o risco de sangramento importante. Caso ocorra uma hemorragia que coloque em risco a vida da paciente, poderá ser necessária a transfusão de sangue ou hemoderivados.

O médico avaliará os riscos e benefícios desta medida, visando a manutenção da estabilidade hemodinâmica e a segurança da paciente durante e após o procedimento.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

O período pós-operatório exige repouso relativo, evitando-se esforços físicos intensos, carregar peso ou atividades de impacto por um período médio de 30 a 60 dias.

É mandatória a abstenção de atividades sexuais com penetração vaginal durante o período de cicatrização da cúpula vaginal (conforme orientação médica específica), para evitar infecções, deiscências (abertura de pontos) ou hemorragias tardias. A dieta deve ser equilibrada para evitar constipação intestinal.

7. ANESTESIA, ÓRTESES E PRÓTESES

O procedimento requer anestesia, que pode ser geral ou regional (raquianestesia ou peridural), conforme avaliação do anestesiológico. Durante a cirurgia, podem ser utilizados materiais especiais, como fios de sutura específicos, grampeadores cirúrgicos, telas para reforço de parede (se necessário) ou dispositivos de energia para cauterização. A escolha desses materiais visa a eficácia técnica e a redução do tempo cirúrgico.

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, treatments 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)*.