



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

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

A Traquelectomia consiste no procedimento cirúrgico para a remoção do colo do útero (cérvix), mantendo-se o corpo uterino. Esta intervenção é primordialmente indicada para o tratamento de lesões pré-malignas de alto grau, câncer de colo de útero em estágios iniciais ou, em casos específicos, para o controle de infecções crônicas que não responderam ao tratamento conservador. O principal diferencial desta técnica é a possibilidade de preservação da fertilidade, permitindo que a paciente mantenha a capacidade reprodutiva ao preservar o corpo do útero, onde ocorre a gestação.

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

O benefício primário é a exclusão da lesão doente com margens de segurança, visando a cura ou a prevenção da progressão para um câncer invasivo. A probabilidade de sucesso na erradicação da doença local é elevada quando a indicação é feita precocemente.

Por outro lado, a recusa ou o adiamento do tratamento acarreta riscos graves, incluindo a progressão da doença para estágios inoperáveis, ocorrência de hemorragias genitais severas, dor pélvica crônica e o desenvolvimento de metástases (espalhamento da doença para outros órgãos), o que reduz drasticamente as chances de cura e a sobrevida da paciente.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

As alternativas dependem do estágio da doença e do desejo reprodutivo da paciente. Entre as opções estão a conização (retirada de um fragmento menor do colo), indicada para lesões ainda mais iniciais; a histerectomia (retirada total do útero), recomendada quando a preservação da fertilidade não é uma prioridade ou quando a extensão da doença assim o exige; e tratamentos oncológicos complementares, como radioterapia e quimioterapia, que podem ser indicados isoladamente ou em conjunto, dependendo da avaliação histopatológica e do estadiamento clínico.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

O procedimento é realizado sob anestesia em ambiente hospitalar. Embora a equipe médica utilize todas as técnicas para minimizar intercorrências, a paciente deve estar ciente dos seguintes riscos e complicações:

- Cólicas abdominais: decorrentes da manipulação uterina, geralmente controladas com analgésicos comuns.
- Risco anestésico: reações alérgicas ou complicações respiratórias e hemodinâmicas inerentes ao ato anestésico.
- Infecção uterina e febre: possibilidade de contaminação bacteriana no sítio cirúrgico.
- Lesão do trato urinário: risco de danos acidentais à bexiga ou ureteres devido à proximidade anatômica.
- Fechamento do canal endocervical: cicatrização excessiva que pode obstruir a passagem do fluxo menstrual.
- Lesão intestinal: risco de perfuração ou trauma em alças intestinais durante a cirurgia.
- Hemorragias: sangramentos significativos durante ou após o procedimento.
- Margens comprometidas: possibilidade de a lesão não ser totalmente retirada devido ao seu tamanho ou extensão, podendo exigir nova intervenção.

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Devido à intensa vascularização da região pélvica e uterina, existe o risco de hemorragia intraoperatória. Caso ocorra uma perda sanguínea volumosa que coloque em risco a vida ou a recuperação da paciente, poderá ser necessária a realização de transfusão de sangue ou hemoderivados. A equipe médica seguirá rigorosos protocolos de segurança para a indicação e execução deste procedimento, visando a estabilidade hemodinâmica da paciente.



6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

Após o término da cirurgia, a paciente será encaminhada à sala de recuperação pós-anestésica. A alta hospitalar ocorre habitualmente após a plena recuperação da anestesia, o que leva em média de 2 a 3 horas. No período pós-operatório, é fundamental seguir as orientações de repouso pélvico, que inclui a abstenção sexual por período a ser determinado pelo cirurgião, além de evitar esforços físicos intensos para garantir a cicatrização adequada e prevenir sangramentos tardios.

7. ANESTESIA, ÓRTESES E PRÓTESES

O procedimento será realizado sob anestesia geral ou raquidiana, conforme avaliação do médico anesthesiologista no momento da cirurgia. Durante o ato cirúrgico, poderão ser utilizados materiais específicos, como fios de sutura especiais, dispositivos de eletrocautério ou outros insumos necessários para a segurança do ato. Caso haja necessidade imprevista de utilização de órteses ou materiais de síntese para controle de complicações, o cirurgião está autorizado a utilizá-los visando o melhor interesse da paciente.

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).*