

COLPORRAFIA OU COLPOPERINEOPLASTIA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC.

Por este instrumento particular o(a) paciente _____ ou seu responsável, Sr.(a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM- _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "COLPORRAFIA OU COLPOPERINEOPLASTIA", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO:

Consiste na correção cirúrgica de prolapso genital feminino, podendo se usada tela de polipropileno.

COMPLICAÇÕES:

1. Hemorragia;
2. Lesão acidental da bexiga e do intestino;
3. Infecção pós-operatória;
4. Infecção urinária (pelo uso da sonda vesical);
5. Recidiva da incontinência urinária (retorno da perda de urina);
6. Expulsão da tela (necessitando retirada desta);
7. Embolia pulmonar;
8. Trombose venosa profunda;
9. Dificuldade ou desconforto para urinar, em geral transitório.
10. Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

MÉDICO

Nome:

CRM:

_____, ____ de _____ de _____.

TESTEMUNHAS

Nome completo:

RG:

Nome completo:

RG:

1ª via: médico

2ª via: paciente

3ª via: prontuário (levar para o Hospital no dia do procedimento)