

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico acima identificado, ao qual será submetido. Assim em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor e Recomendação do CFM nº 01/2016, serão lhe prestadas informações claras e adequadas quanto ao procedimento a ser realizado.

Identificação Do Paciente Ou Do Responsável Legal	
Nome:	
Tipo de Documento De Identificação:	Nº:

Eu acima identificado, na condição de paciente do Centro Materno Infantil Med Imagem ou de responsável legal pelo paciente _____, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, _____ anos de idade, consinto que o Dr. _____, CRM _____ realize em mim o procedimento de OOFOROPLASTIA.

Lesões no tecido ovariano; podem ser líquidas, sólidas ou mistas, benignas ou malignas e também podem ser bilaterais (nos 2 ovários).

A cirurgia de ooforoplastia pode ser realizada por laparotomia ou vídeo-laparoscopia e consiste na punção ou retirada de cistos, retirada de lesões sólidas, ou parte do ovário. Nas duas técnicas, será feito uso de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos são de indicação e responsabilidade exclusiva do médico anestesista. Existem outras opções de tratamento: que já foram apresentados. Os riscos mais comuns desse procedimento cirúrgico são:

Complicações imediatas (0,14% a 0,60%): hematoma de parede abdominal, enfisema subcutâneo, trauma vascular (hemorragia), lesão de bexiga, estômago, ureter e intestino, trombose venosa, tromboembolismo pulmonar, embolia gasosa, arritmia, sendo excepcional a ocorrência de óbito. Complicações pós-operatórias: náuseas, vômitos, retenção urinária, dor abdominal e na região escapular (ombro).

Complicações tardias: infecção operatória, infecção urinária, hérnia incisional e insuficiência ovariana

Esse procedimento pode resultar em cicatriz associada a quelóide (cicatriz alta em forma de cordão), que independem da habilidade médica e que ocorrem devido a características pessoais.

Observação: Na cirurgia por vídeo-laparoscopia, pode ser necessário a conversão para laparotomia convencional.

Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento, antes que a OOFOROPLASTIA se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o (s) procedimento (s) de OOFOROPLASTIA.

Assinatura do Paciente e/ou Responsável:

Testemunhas (campo a ser preenchido na hipótese de paciente iletrado):

1. _____ CPF: _____.

2. _____ CPF: _____.

Teresina / PI, ____ de _____ de _____.

A ser preenchido pelo médico:

Identificação Do Médico		
Nome:		
CRM:	Tipo:	Nº:

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Carimbo / Assinatura do Médico:

Teresina / PI, ____ de _____ de _____.

i Recomendação do CFM nº 01/2016: "O CFM no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, CONSIDERANDO que o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados; CONSIDERANDO que as informações e os esclarecimentos do médico, na obtenção do consentimento do paciente, são fundamentais para que o processo ocorra livre de influência ou vício; CONSIDERANDO que são necessárias orientações éticas complementares sobre a obtenção do consentimento em situações especiais como emergências, recusa, possibilidade de transtornos psicológicos oriundos da informação, preexistência de transtornos mentais e riscos para a saúde pública; CONSIDERANDO o Princípio Fundamental XXI e os artigos 22, 31 e 34 do Código de Ética Médica; CONSIDERANDO que há insuficiência de orientações sobre quando obter o consentimento e sobre a forma de sua documentação; CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 21 de janeiro de 2015; RECOMENDA Art. 1º Nas decisões sobre assistência à saúde dos pacientes, os médicos devem levar em consideração o documento Consentimento Livre e Esclarecido.