

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - GESTAÇÃO ECTÓPICA – TRATAMENTO CIRÚRGICO



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 _____ tendo em vista o diagnóstico de GESTAÇÃO ECTÓPICA, fui informada que deve ser instituído um tratamento, que pode ser cirúrgico ou medicamentoso. Decidi em conjunto com a equipe médica que irei optar pelo tratamento CIRÚRGICO.

Declaro que recebi todas as informações pertinentes ao procedimento médico de Cirurgia para TRATAMENTO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA que consiste na avaliação da cavidade abdominal para diagnóstico e tratamento de gravidez ectópica (tubária, abdominal, ovariana e uterinacornual). A cirurgia poderá ser feita pela técnica aberta, através de uma abertura da parede abdominal para se ter acesso à cavidade abdominal ou através da técnica de videolaparoscopia, feita por uma incisão de 1-2 cm no umbigo e outras duas ou três incisões no baixo ventre. Eventualmente alguma incisão pode ser ampliada ou realizada uma nova via vaginal para retirada de algum órgão. O tipo de anestesia será definida pela equipe médica de médicos anesthesiologistas, podendo ser realizada a analgesia peridural/raquianestesia ou a anestesia geral. De acordo com a localização da gravidez ectópica podem ser realizadas: salpingectomia (retirada da trompa), salpingostomia (abertura da trompa e retirada da gestação - nesse caso a trompa é preservada embora sem garantia de funcionamento adequado posterior), ooforectomia (retirada do ovário), ooforoplastia (retirada da gravidez ovariana com preservação do ovário) retirada dos órgãos abdominais porventura acometidos pela gravidez. Em alguns casos (RAROS) de persistência pósoperatória de níveis elevados de HCG (hormônio da gravidez) pode ser necessário tratamento complementar com metotrexate (quimioterápico) ou re-operação. Declaro, ainda, estar devidamente informado(a) dos riscos presentes ao referido ato cirúrgico, bem como das raras complicações inerentes ao quadro, especialmente: Infecções com possibilidade de evolução febril; hemorragias com a possível necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória); hematoma pós operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feita uma drenagem cirúrgica; lesões de bexiga, uretra ou ureteres; lesões intestinais, sendo necessário cirurgião especializado; fístulas; trombose venosa dos membros inferiores e embolia pulmonar; dores devido à posição cirúrgica. Pode ser necessário o uso de medicações para controle de dor.

Fui informado(a), ainda, que, a longo prazo, podem muito raramente ocorrer hérnias pós-cirurgia, assim como patologia dos ovários, trompas e útero quando não extirpados.

Quando a técnica que estiver sendo realizada for a Videolaparoscopia, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada (inclusive convertendo a videolaparoscopia para tratamento de gravidez ectópica para cirurgia abdominal aberta), após tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes ou mesmo por dificuldades técnicas.

O signatário deste Termo de Consentimento entende que é essencial o correto seguimento das orientações médicas após a cirurgia realizada, incluindo as modificações dietéticas e prescrição de medicamentos, realização de exames e retornos pós-operatórios programados pelo médico assistente.

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 da aplicação dos medicamentos e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto e optar pela tentativa de ter um parto vaginal/normal.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - GESTAÇÃO ECTÓPICA –
TRATAMENTO CIRÚRGICO



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) 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).

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.