

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - OOFORRECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA



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	
<b>Nome:</b>	
<b>Tipo de Documento De Identificação:</b>	<b>Nº:</b>

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 OOFORRECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA.

A ooforectomia é a retirada do ovário, geralmente acompanhada da retirada da trompa.

Esta cirurgia pode ser feita por videolaparoscopia, por robótica ou por laparotomia (abertura do abdômen).

A videolaparoscopia consiste na introdução de uma óptica por uma incisão de aproximadamente 2 cm na cicatriz umbilical, antes ou após a insuflação de gás carbônico dentro do abdômen. São realizadas mais 2 a 4 incisões de tamanhos semelhantes para a introdução de pinças, tesouras e outros materiais cirúrgicos. A cavidade abdominal é analisada, células são coletadas na maioria das vezes, e é retirado o cisto ou o ovário.

A técnica anestésica será avaliada pelo anestesista.

Há possibilidade de conversão da videolaparoscopia para laparotomia (abertura da cavidade abdominal por incisão).

As complicações gerais que podem ocorrer nessa cirurgia são: sangramento, infecção na incisão, pneumonia, trombose, íleo paralítico (parada transitória do funcionamento do intestino), e elas são mais frequentes se a paciente apresentar outras co-morbidades (como obesidade, diabetes, hipertensão, doença pulmonar ou cardiológica).

Pode ocorrer também as seguintes complicações específicas: hematoma, infecção, deiscência (abertura) da sutura das incisões, lesão na bexiga, nos ureteres ou no intestino.

Se no ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

Após a alta devo retornar para revisão e é necessário um período de abstinência sexual.

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 cirurgia 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) 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).

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - OOFORRECTOMIA  
VIDEOLAPAROSCÓPICA



**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		
<b>Nome:</b>		
<b>CRM:</b>	<b>Tipo:</b>	<b>Nº:</b>

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.