

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - HISTERECTOMIA VAGINAL COM PROLAPSO GENITAL



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 _____ explicou-me e entendi que no meu caso é conveniente e indicado proceder a realização da histerectomia (retirada do útero) vaginal e correção cirúrgica de prolapso vaginal.

Entendo que o prolapso genital é um problema de qualidade de vida, e que sua correção cirúrgica visa resolver e/ou aliviar o desconforto associado, não sendo procedimento obrigatório para manutenção da vida. Fui informada de que alternativas não cirúrgicas existam, ainda que menos eficazes e/ou paliativas, como o uso de pessários vaginais.

Estou ciente de que existem outros métodos terapêuticos e eu optei, em conjunto com o médico envolvido, por realizar este procedimento.

Descrição da Cirurgia: O procedimento consiste na abertura das paredes da vagina próximas a bexiga e intestino, podendo (mas não obrigatoriamente) incluir material sintético (tela) seguida da retirada do útero, visando colocar a vagina em sua posição habitual.

Descrição dos Riscos:

Compreendo que mesmo utilizando-se de técnicas adequadas, podem ocorrer complicações gerais decorrentes da cirurgia, tais como sangramento (algumas vezes com necessidade de transfusão sanguínea), infecção (que pode exigir uso prolongado de antibióticos ou novas intervenções cirúrgicas para a drenagem de coleções), deiscência de sutura (abertura da cicatriz), hérnias, problemas cardiovasculares e respiratórios. As principais complicações associadas a este procedimento são as seguintes: retenção urinária (que pode exigir o uso de sonda na bexiga para drenar a urina por um período variável), perfuração de bexiga ou reto (que exige o reparo específico e pode levar à necessidade do uso prolongado de sonda urinária ou à necessidade de abrir a parede abdominal para manejar a lesão no intestino), lesão vascular ou ureteral, granuloma de corpo estranho em cúpula vaginal (surgimento de reação ao fio usado na sutura, que pode gerar sangramento e corrimento). No caso de utilização de tela cirúrgica poderá ocorrer exposição pela vagina e/ou erosão da bexiga ou do canal da urina; em algumas mulheres a tela pode levar ao surgimento de neuropatia, com dor próxima ao local em que se situa a tela, que pode persistir no longo prazo. Entendo que algumas complicações associadas ao uso de telas só são resolvidas com a remoção parcial ou total da tela, que pode acabar levando à perda da eficácia da cirurgia; além disso, entendo que em alguns casos, a remoção completa da tela pode ser muito difícil e exigir uma cirurgia mais extensa que o implante inicial da tela. Poderão ocorrer, no curso da intervenção, situações que obriguem a realização de laparotomia (cirurgia convencional com abertura da parede abdominal). No período pós-operatório poderá surgir fístula retovaginal (comunicação do intestino com a vagina com saída de fezes pela vagina) ou vesico/ureterovaginal (comunicação da bexiga ou ureter com a vagina com saída de urina pela vagina), obstrução intestinal, estreitamento do canal vaginal, com dificuldade para ter relação sexual; dispareunia (dor durante a relação sexual). Entendo que o prolapso genital pode estar associado ao enfraquecimento dos meus tecidos, e que por isso ele pode voltar, total ou parcialmente, após uma correção cirúrgica satisfatória, podendo, em alguns casos, ser necessária nova cirurgia para correção da recorrência do prolapso, e incontinência urinária e urgência urinária. E que tais complicações são inerentes ao próprio procedimento e/ou ao processo de cicatrização, que é próprio de cada pessoa.

Sei que será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação do médico anestesista.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - HISTERECTOMIA VAGINAL COM PROLAPSO GENITAL



Recidiva do prolapso de cúpula poderá ocorrer, devido a diversos fatores, inclusive por características da própria pessoa.

Entendo que podem ser necessários procedimentos para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a necessidade de cada evento.

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

Comprometo-me a seguir as orientações quanto aos cuidados pós-operatórios que me forem dadas pelo médico ou algum membro da sua equipe.

Também entendi que, a qualquer momento, antes da antes da Cirurgia de histerectomia e correção de prolapso vaginal 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.

Estou ciente de que seria impossível para o médico descrever TODAS as complicações e ou riscos possíveis de acontecer no procedimento que me está sendo proposto, mas que fui informada a respeito das situações mais frequentes.

Consinto, portanto, ao(à) 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:

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - HISTERECTOMIA VAGINAL COM
PROLAPSO GENITAL



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.