

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - BIÓPSIA DE VAGINA



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. _____ realize em mim o procedimento de BIÓPSIA DE VAGINA.

Compreendo que esse procedimento é necessário para o diagnóstico das alterações identificadas durante o exame da vagina, das lesões pré-malignas e malignas da vagina e para o planejamento do tratamento que poderá ser necessário conforme o seu resultado. As principais indicações da biópsia são para a confirmação de alterações identificadas no exame da vagina durante o exame ginecológico ou na vaginoscopia, quando existir dúvida diagnóstica no exame da vagina ou quando for identificado alguma alteração suspeita no exame citopatológico. Após o exame visual da vagina ou da vaginoscopia, o médico irá identificar o local a ser biopsiado e uma pequena porção da lesão será retirada e enviada para exame patológico. O médico irá avaliar se existe a necessidade de anestesia local antes de realizar o procedimento. Após a análise do material retirado em laboratório, será discutido a necessidade ou não de tratamento, conforme o resultado da biópsia. As complicações mais frequentes deste procedimento são desconforto local durante o procedimento, que tende a ser bem tolerado e sangramento vaginal. Para diminuir o risco de sangramento vaginal, o médico poderá utilizar alguma substância que controle o sangramento. Após o procedimento, o médico irá avaliar a necessidade de repouso ou restrições da atividade sexual. Qualquer sinal de sangramento vaginal aumentado, secreção vaginal com mal cheiro ou dor abdominal devem ser comunicados para o médico responsável.

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 BIÓPSIA DE VAGINA 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).

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.