

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
	TERMO DE CONSENTIMENTO		
	Código: CC.TCLE.048		
	Data Revisão Atual: 21/10/2021		Data do Vencimento: 21/10/2022
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Vídeo-Histeroscopia		

Por este instrumento particular o (a) paciente _____, nascido em ____/____/____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao médico assistente, Md _____ inscrito no CRM-RS sob o Nº _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "**VÍDEO-HISTEROSCOPIA**" por CID-10 _____ e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento medicocirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO:

Modalidade cirúrgica empregada para o tratamento de alterações da cavidade uterina.

TIPO DE CIRURGIA: é feita por via vaginal, sem corte externo, com alta hospitalar precoce (no mesmo dia), rápida recuperação.

INDICAÇÕES: avaliação da cavidade endometrial, remoção de DIU perdido, retirada de pólipos cervical ou endometrial, retirada de mioma submucoso, correção de septo e sinéquia uterina, ablação endometrial.

COMPLICAÇÕES:

1. Complicações na dilatação do colo uterino: laceração e sangramento.
2. Complicações pelo meio de distensão: reação alérgica, hipervolemia, hiponatremia, encefalopatia, edema pulmonar.
3. Complicações mecânicas: sangramento, perfuração uterina, lesão térmica de alça intestinal.

Infecção relacionada à assistência à saúde:

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
	TERMO DE CONSENTIMENTO		
	Código: CC.TCLE.048		
	Data Revisão Atual: 21/10/2021	Data do Vencimento: 21/10/2022	
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Vídeo-Histeroscopia		

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado, desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Declara estar ciente e de acordo que, quando houver retirada de material [órgão(s) ou parte de órgão(s) amostras de tecidos ou líquidos] pelo médico responsável pelo procedimento, obtido por qualquer método (biópsia, punção aspirativa, esfregaços e/ou todo material destinado ao estudo anatomopatológico) será enviado para exames de Patologia Clínica.

Declara ainda que o responsável por este laboratório, a partir do comprovado recebimento de seu material, assumirá a responsabilidade pelo transporte adequado e seguro do mesmo.

Que fica sob sua responsabilidade, buscar o resultado do exame, junto ao seu médico e/ou na Secretaria Municipal de Saúde de seu município (se atendido SUS).

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns **RISCOS E COMPLICAÇÕES** deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Veranópolis (RS) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

(paciente menor de idade ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento)

RG: _____

CPF: _____

Md _____

CRM _____

CNS _____

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.