

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
	TERMO DE CONSENTIMENTO		
	Código: CC.TCLE.044		
	Data Revisão Atual: 17/04/2023	Data do Vencimento: 17/04/2025	
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Histerectomia		

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 "**HISTERECTOMIA**" 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 médico-cirúrgico 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:

A intervenção cirúrgica consiste na extirpação do útero com/sem colo, o que supõe impossibilidade de ter filhos, assim como a ausência de menstruação. A histerectomia pode ser associada à extirpação dos anexos (ovários/trompas).

A histerectomia pode ser praticada por via vaginal, abdominal ou vídeo laparoscopia.

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

#### INDICAÇÕES:

Sangramento uterino disfuncional, miomas, pólipos, anormalidades endometriais, prolapso uterino, neoplasias, endometriose, adenomiose, dor pélvica crônica e outras avaliadas e indicadas pelo cirurgião em acordo com a paciente.

#### COMPLICAÇÕES:

- Hemorragia intra-operatória, podendo ser necessário transfusão de sangue intra ou pós-operatório;
- Lesão de bexiga e ou de alças intestinais, sendo necessário procedimento de correção;
- Hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feita uma drenagem cirúrgica;
- Infecção pós-operatórias, locais e sistêmicas, que às vezes requerem drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos;
- Deiscência (abertura dos pontos) da ferida operatória com a perda dos pontos dados, havendo algumas vezes necessidade de nova anestesia para refazer os pontos que abriram;
- A longo prazo poderão ocorrer prolapso (descensos) de cúpula vaginal ou hérnia pós-laparotômicas (abdominais), assim como patologia dos ovários restantes, quando se conservam os anexos.
- Toda intervenção cirúrgica, devido a característica próprias da técnica cirúrgica ou das condições intrínsecas do paciente (hipertensão, diabetes, obesidade, cardiopatia, anemia, idade avançada, etc.) tem implícito uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão requerer tratamentos complementares clínicos e ou cirúrgicos.

<b>QUALIDADE</b>		<b>Código do Formulário</b> QLD.FOR.037	
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO</b>		
	Código: CC.TCLE.044		
	Data Revisão Atual: 17/04/2023		Data do Vencimento: 17/04/2025
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Histerectomia		

### **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, comprometendo-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).

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.

<b>QUALIDADE</b>		<b>Código do Formulário</b> QLD.FOR.037	
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO</b>		
	Código: CC.TCLE.044		
	Data Revisão Atual: 17/04/2023		Data do Vencimento: 17/04/2025
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Histerectomia		

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  
 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.