


| QUALIDADE   |  | Código do Formulário<br>QLD.FOR.037 |  |
|---|--|-------------------------------------|--|
|  | TERMO DE CONSENTIMENTO   |                                     |  |
|   | Código: CC.TCLE.048  |                                     |  |
|   | Data Revisão Atual: 07/05/2026                                 | Data do Vencimento: 07/05/2028      |  |
|   | Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Histeroscopia |                                     |  |

Por este instrumento particular a paciente \_\_\_\_\_, nascida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ou seu responsável Sr. (a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente nos termos do disposto no artigo 39, inciso VI, da Lei nº 8.078/90, que autoriza plenamente o médico assistente, Dr(a). \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM-RS sob o nº \_\_\_\_\_, a proceder às investigações necessárias ao diagnóstico de seu estado de saúde, bem como a executar o tratamento cirúrgico denominado "histeroscopia", classificado pelo CID-10 \_\_\_\_\_, e todos os procedimentos a ele inerentes, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que o referido tratamento possa requerer, podendo o profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido médico, em atendimento ao disposto nos arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei nº 8.078/90 (abaixo transcritos), e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas acerca do diagnóstico e dos procedimentos a serem adotados no tratamento proposto e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** Modalidade cirúrgica empregada para o tratamento de alterações da cavidade uterina e endometrial. 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 endometriais ou cervicais, retirada de mioma submucoso, correção de septo e sinéquia uterina, ablação endometrial.

**COMPLICAÇÕES:**

- dilatação do colo uterino: laceração e sangramento
- distensão: reação alérgica, hipervolemia, hiponatremia, encefalopatia, edema pulmonar
- mecânicas: sangramento, perfuração uterina, lesão térmica de alça intestinal
- reação anestésica
- necessidade de interrupção do procedimento
- necessidade de conversão para outro procedimento cirúrgico.

Em casos raros, pode ser necessária internação hospitalar, tratamento cirúrgico adicional ou acompanhamento médico prolongado.

**INFECÇÕES RELACIONADAS 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 com a adoção de todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e de sua equipe quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara 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).

Declara 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 avaliação clínica da equipe médica.

Declara estar ciente de que a medicina não é uma ciência exata e que, apesar de todos os cuidados adotados pela equipe médica, não é possível garantir resultados específicos.

|   |  |  |                                |
|---|--|--|--------------------------------|
| <b>QUALIDADE</b>  |  | <b>Código do Formulário</b><br>QLD.FOR.037 |                                |
|  | <b>TERMO DE CONSENTIMENTO</b>                                  |  |                                |
|   | Código: CC.TCLE.048  |  |                                |
|   | Data Revisão Atual: 07/05/2026                                 |  | Data do Vencimento: 07/05/2028 |
|   | Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Histeroscopia |  |                                |

Declara estar ciente e de que materiais eventualmente retirados durante o procedimento (tecidos ou secreções) poderão ser encaminhados para exame anatomopatológico ou análise laboratorial com finalidade diagnóstica.

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).

Declara estar ciente de que os dados pessoais e informações de saúde serão tratados conforme Lei Geral de Proteção de dados (Lei nº 13.709/2018), exclusivamente para fins assistenciais, administrativos e legais relacionados ao atendimento.

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 legal  
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.