

DADOS DO PACIENTE

Paciente: _____

CPF: _____

RG: _____

Data de Nascimento: _____

Profissão: _____

Cidade: _____

Endereço: _____

UF: _____, CEP: _____

Bairro: _____

Estado Civil: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA

Eu _____

RG _____; _____ anos de idade, consinto que o Dr. _____

realize em mim o procedimento de HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA.

Compreendo que a Histeroscopia Cirúrgica é um procedimento minimamente invasivo no qual, em ambiente hospitalar e/ou ambulatorial, um conjunto de pequenos tubos (endoscópio e camisas operatórias) são introduzidos na vagina e no útero para assim poder enxergar o interior do útero; identificar alterações como mioma do útero, pólipos do útero, malformações do útero e cicatrizes nas paredes do útero (chamadas sinequias ou aderências), entre outras; e realizar tratamentos das doenças encontradas no mesmo momento em algumas vezes. AS complicações mais comuns são dor tipo cólicas no pós-operatório e sangramento pela vagina. Outras complicações menos frequentes também podem ocorrer como: febre, secreção vaginal com cheiro ruim, perfuração do útero e hidratação excessiva pelos líquidos utilizados na cirurgia.

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 Histeroscopia Cirúrgica 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).

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Nome do paciente ou responsável

legal: _____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____

Assinatura: _____ CRM: _____