

CONSENTIMENTO INFORMADO

HISTERECTOMIAS

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.

Eu, _____
Identidade n.º: _____ Órgão expedidor: _____,
declaro que estou devidamente informado (a) que a cirurgia à qual vou me
submeter será a HISTERECTOMIAS.

DEFINIÇÃO: é a retirada cirúrgica do útero, podendo ser total, parcial ou ampliada (inclui trompas e ovários). Pode ser realizada por vídeo-laparoscopia incisão (corte) no abdômen ou por via vaginal.

COMPLICAÇÕES:

1. Hemorragias durante a cirurgia ou no pós-operatório, podendo, nestes casos, necessitar de reintervenção cirúrgica.
2. Lesões de outros órgãos: bexiga, ureta, intestino.
3. Hematomas (acúmulo de sangue) na ferida operatória.
4. Trombose venosa profunda.
5. Pulmonares: atelectasia, pneumonia e embolia (esta muito grave, podendo levar a óbito).
6. Infecções: ferida operatória, vias urinárias, peritonite (infecção na cavidade abdominal).
7. Hérnia incisional (aquela que se forma na cicatriz cirúrgica).
8. Prolapso da cúpula vaginal. 9. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica/grosseira)
10. Sangramento com possibilidade de transfusão.

Assinatura do paciente/responsável (*)

Assinatura/CRM/carimbo do médico
responsável pelo Termo de
Consentimento