

**“CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO”
PARA REALIZAÇÃO DE MIOMECTOMIA**

PACIENTE: _____
Endereço: _____
Tel.:() _____ CI/CPF: _____

Declaro que recebi do Dr(a): _____,
CRM n.º: _____ todas as informações pertinentes ao procedimento
médico de MIOMECTOMIA que consiste na extirpação dos miomas uterinos.

Declaro, ainda, estar devidamente informada dos riscos presentes ao referido
ato cirúrgico, bem como de complicações inerentes ao quadro, especialmente:
Infecções com possibilidade de evolução febril; hemorragias com a possível
necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória); hematoma pós-operatório,
isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feita uma drenagem
cirúrgica; lesões de bexiga, uretra ou ureteres; lesões intestinais, sendo
necessário cirurgião especializado; fístulas; deiscência (abertura dos pontos)
da ferida com perda dos pontos dados, sendo necessário, eventualmente, nova
anestesia para refazer os pontos que abriram; trombose venosa dos membros
inferiores e embolia pulmonar; dores devido à posição cirúrgica e quelóides
(cicatriz espessa e dolorida).

Fui informado (a) ainda, que, em longo prazo, podem ocorrer hérnias pós-
operatórias (abdominais), formação de aderências pélvicas, assim como novas
patologias uterinas ou RECIDIVAS (reaparecimento) DOS MIOMAS.

E ainda, que existem outras possíveis opções terapêuticas expostas, como por
exemplo: tratamento hormonal para hemorragias, embolização miomas ou uso
de prévio de análogos ou histerectomia, mas foi optado pela MIOMECTOMIA.

A retirada dos miomas poderá ser realizada pela abertura abdominal
(laparotomia) ou através de laparoscopia. Se, durante o procedimento, o
médico cirurgião tomar conhecimento de condições que, até o presente
momento, não eram aparentes, a equipe médica poderá variar a técnica
cirúrgica programada.

**A PRESENÇA DE MIOMATOSE MÚLTIPLA E/OU MIOMA DE GRANDE
VOLUME E/OU HEMORRAGIA IMPORTANTE PODERÃO INDICAR A
RETIRADA DO ÚTERO (HISTERECTOMIA), O QUE IMPLICA NA
IMPOSSIBILIDADE DE ENGRAVIDAR.**

Assim, declaro que estou satisfeito (a) com as informações recebidas de forma
oral e escrita, em linguagem clara e simples por parte de meu médico e sua
equipe, e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a
HISTERECTOMIA proposta.

Assinatura do paciente/responsável (*)

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