

CONSENTIMENTO INFORMADO

CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA DO COLO DO ÚTERO (CAF)

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

Declaro que recebi do Dr(a): _____, CRM n.º: _____ todas as informações pertinentes ao procedimento médico de CAF que consiste na extirpação de uma pequena parte do colo do útero utilizando uma alça e bisturi elétrico de alta frequência. Pode ser associada à retirada de lesões associadas da vagina, vulva e períneo.

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 (podendo ser necessário o uso de antibióticos); hemorragias com a possível necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória); lesões de bexiga, uretra ou ureteres; lesões intestinais, sendo necessário cirurgião especializado; fístulas; deiscência (abertura) da ferida, sendo necessário, eventualmente, nova anestesia para cauterização e/ou aplicação de pontos na ferida; trombose venosa dos membros inferiores e embolia pulmonar e dores devido à posição cirúrgica.

Fui informada ainda, que, em longo prazo, pode ocorrer abertura do colo uterino (risco incomum) durante a gestação, especialmente entre 34-37 semanas (oito meses) de gestação bem como estenose do colo (risco incomum) o que pode dificultar o exame do mesmo, assim como o trabalho de parto futuro. E, ainda que existam outras possíveis opções terapêuticas expostas, como por exemplo: conização a frio (bisturi) para neoplasia intra-epitelial cervical, histerectomia para câncer cervical, mas, foi optado pela CAF. A retirada da pequena parte do colo será realizada pela via vaginal e este fragmento enviado para exame anatomo-patológico (biópsia). 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.

Assim, declaro que estou satisfeita 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 CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA DO COLO DO ÚTERO (CAF) proposta.

Assinatura do paciente/responsável (*)

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