

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

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Tel.:( ) \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/responsável (\*)

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