

CONSENTIMENTO INFORMADO

CORREÇÃO DE PROLAPSOS/PERÍNEO

PACIENTE: _____

Endereço: _____

Tel.:() _____ CI/CPF: _____

Declaro que recebi do Dr.(a): _____,
CRM n.º: _____, todas as informações pertinentes ao procedimento
médico de correção cirúrgica de prolapso
genital _____ estágio _____.

Declaro, ainda, estar devidamente informado (a) dos riscos presentes ao referido ato cirúrgico, bem como de complicações inerentes ao quadro, especialmente: hematoma intra-operatório, podendo ser necessária transfusão de sangue intra ou pós-operatório; lesão de bexiga e/ou de alças intestinais, sendo necessário o concurso de cirurgião especializado; hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, podendo ou não ser feita uma drenagem cirúrgica; infecção pós-operatória, local e sistêmica que às vezes requer drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos; presença de secreções vaginais podendo ser necessário uso de medicações; deiscência (abertura dos pontos) da ferida operatória com a perda dos pontos dados, havendo algumas vezes necessidade de nova anestesia para refazer os pontos que abriram; dores lombares, cervicais e de membros superiores devido à posição cirúrgica; trombose venosa; quelóides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial; formação de fístulas ginecológicas; alteração da forma e do comprimento da vagina, o que pode repercutir no ato sexual. Fui ainda informado(a) que não existe técnica cirúrgica no momento que garanta 100% de sucesso, isto é o prolapso pode retornar parcial ou totalmente, imediatamente após a cirurgia ou no decorrer dos anos

Ficou-me claro que durante o ato cirúrgico, devido a algum fato inesperado, a equipe médica poderá modificar a técnica cirúrgica programada, visando sempre o êxito de minha cirurgia.

Declaro e confirmo mais uma vez, que entendi todas as explicações que me foram fornecidas de forma clara e simples por via oral e escrita, inclusive permitindo que eu realizasse todas as perguntas e fizesse todas as observações que entendi pertinentes para entender o que ocorrerá na intervenção cirúrgica, não restando dúvidas sobre o procedimento proposto.

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 CORREÇÃO Cirúrgica de meu PROLAPSO proposta.

Belo Horizonte, _____, de _____, de _____.

Assinatura do paciente/responsável (*)

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