

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA VÍDEO-LAPAROSCÓPICA (CVL)

PACIENTE: _____

Endereço: _____

Tel: () _____ CI/CPF: _____

Declaro que recebi do Dr(a): _____, CRM n.º: _____, todas as informações pertinentes ao procedimento médico de CVL que consiste na avaliação da cavidade abdominal para DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE VÁRIAS PATOLOGIAS GINECOLÓGICAS (lise de aderências, cauterização de focos de endometriose, cistos ovarianos, salpingoplastia, salpingotripsia, verificação da permeabilidade tubária, miomas).

Geralmente utiliza-se uma pequena incisão no umbigo e 2-3 pequenas incisões no baixo ventre, realizadas sob anestesia geral. Eventualmente alguma incisão pode ser ampliada ou realizada uma nova via vaginal para retirada de algum órgão. Pode ser associada à retirada dos ovários, trompas e útero. Nestes casos, supõe-se a impossibilidade de ter filhos e a ausência de menstruação.

Declaro, ainda, estar devidamente informada dos riscos presentes ao referido ato cirúrgico, bem como das RARAS 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; trombose venosa dos membros inferiores e embolia pulmonar; dores devido à posição cirúrgica.

Fui informado (a) ainda que, em longo prazo, podem MUITO RARAMENTE ocorrer hérnias pós-laparoscopia, assim como patologia dos ovários, trompas e útero quando não extirpados.

E ainda, que existem outras possíveis opções terapêuticas expostas, como por exemplo: miomectomias para miomas, tratamento hormonal para hemorragias ou endometriose, mas foi optado pela CVL.

A retirada dos órgãos extirpados poderá ser realizada pela vagina (via vaginal) ou através de abertura no abdome (via abdominal). 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 (INCLUSIVE CONVERTENDO A CVL PARA CIRURGIA ABDOMINAL ABERTA).

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 CVL proposta.

Assinatura do paciente/responsável (*)

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