



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

Av. Vicente Ferreira, 828 - CEP: 17515-900 – Marília / SP - CNPJ: 52.049.244/0001-62

Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559

site: www.santacasamarilia.com.br

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

CIRURGIA GINECOLÓGICA

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

O (a) paciente ou seu (sua) responsável, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento “**CIRURGIA GINECOLÓGICA**”.

Definição: - HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL: Retirada do útero, podendo ser realizada também a retirada de um anexo (ovários e tubas uterinas), ou de ambos anexos dependendo de indicação, pela via abdominal aberta.

- HISTERECTOMIA VAGINAL: É a retirada do útero, pela via vaginal, quando apresentado Prolapso Uterino.

- CORREÇÃO DAS DISTOPIAS GENITAIS: Consiste em, ruptura perineal, quando os órgãos genitais femininos, estão fora do seu lugar habitual.

- GLÂNDULA DE BARTHOLIM (BARTHOLINECTOMIA): Retirada da glândula, quando aumentada de volume.

Possíveis riscos: Complicações em cirurgias ginecológicas:

Via abdominal: Infecções; Hemorragias; Lesões de órgãos e estruturas adjacentes; Deiscência de suturas; Aderências e sinéquias; Dano térmico; Fistulas; Prolapsos; Tromboembolismos.

Via vaginal: Infecções; Hemorragias; Lesões de órgãos e estruturas adjacentes; Deiscência de suturas; Aderências e sinéquias; Dano térmico; Fistulas; Prolapsos; Tromboembolismos; Embolias; Conversão para via abdominal.

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara do estado de saúde e da hipótese diagnóstica, bem como a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento, tendo esclarecido as suas dúvidas.

2. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara de que o tratamento pode não ser definitivo, pois o procedimento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento poderão modificar condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica autorizada que sejam adotadas as providências necessárias, ou seja, tratamentos, cirurgias, procedimentos, exames complementares, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para fazer frente aos problemas surgidos.

3. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

4. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado.

5. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

Av. Vicente Ferreira, 828 - CEP: 17515-900 – Marília / SP - CNPJ: 52.049.244/0001-62

Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559

site: www.santacasamarilia.com.br

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

CIRURGIA GINECOLÓGICA

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal (grau de parentesco):

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____