

Nome Completo: _____

Nome Social: _____

Gênero: _____ D.N.: ____/____/____

Nº Atendimento: _____ Leito/Andar: _____

Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui

NOME: _____

DATA: _____

Declaro que o(a) doutor(a) explicou-me e eu entendi que deva me submeter a retirada de pólio(s) uterino(s) por via transvaginal, sem corte na barriga. São tumores benignos localizados no endométrio e/ou endocérvice (tecidos que revestem internamente o útero) e apresentam potencial para malignização muito baixo (em torno de 0,3 a 0,5%, segundo literatura mundial). podendo levar a complicações compressivas com cólica e/ou hemorrágicas. Dependendo do seu tamanho e localização poderá ser ainda causa de infertilidade. Como manifestei desejo de conservar o útero, trompas e ovários, c(a) doutor(a) explicou-me a possibilidade de se tentar a retirada somente dos pólipos, preservando o útero e os demais órgãos.

Dentre as cirurgias histeroscópicas essa apresenta a menos taxa de complicação e recuperação mais rápida.

Visando reduzir as chances de aparecimento de novos pólipos o procedimento poderá ser complementado com a ablação de endométrio (retirada da camada interna do útero).

COMPLICAÇÕES:

1. Complicações na dilatação do colo uterino: laceração, sangramento, infecção
2. Complicações pelo meio de distensão; hipervolemia, hiponatremia, encefalopatia, edema pulmonar
3. Complicações mecânicas: sangramento, perfuração uterina, lesão térmica de alça intestinal

O material retirado na cirurgia será enviado para exame anátomo-patológico.

Declaro que entendi as explicações sobre o procedimento e confirmo a autorização para que seja realizada a polipectomia.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a). desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: Fevereiro/2024 Versão: 002

Nome Completo: _____
Nome Social: _____
Gênero: _____ D.N.: ____/____/____
Nº Atendimento: _____ Leito/Andar: _____
Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui

Campos dos Goytacazes, ____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Código de Ética Médica – Art. 22º. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. **Art. 39º** - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.