

**Paciente:****Data de nascimento:****Prontuário:****Nome da mãe:****Declaro que:**

O médico explicou-me e eu entendi que devo me submeter: histerectomias ou prolapsos

Descrição técnica do procedimento: posição ginecológica com pernas elevadas, deslocamento da mucosa vaginal, retirada do útero e anexos por via vaginal, levantamento da bexiga por via vaginal, ressecção do excesso de mucosa vaginal, fechamento da mucosa vaginal, sondagem vesical, colocação de tampão vaginal.

Descrição dos insucessos: entendo que pode ocorrer insucesso, isto é, a cirurgia pode não resolver completamente o prolapso da mucosa vaginal, podendo haver necessidade de se realizar nova cirurgia para corrigir queda da cúpula vaginal e podendo ocorrer inclusive complicações inerentes ao procedimento cirúrgico.

Descrição de complicações do ato operatório: hematoma intraoperatório, podendo ser necessário 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, devendo ser feita uma drenagem cirúrgica, infecção pós-operatória, locais e sistêmica que às vezes requerem drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos, 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 devido à posição cirúrgica, trombose venosa dos membros inferiores, queloides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial. Parestesias nos membros inferiores, formação de fistulas ginecológicas, vagina curta com dificuldade para ter relação sexual.

Entendo que toda intervenção cirúrgica, devido a características próprias da técnica cirúrgica ou das condições intrínsecas do paciente (hipertensão, diabetes, obesidade, cardiopatia, anemia, velhice, etc.) Tem implícito uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão requerer tratamentos complementares clínicos e ou cirúrgicos, bem como um risco, passível de ocorrer, que é a morte em decorrência da cirurgia.

Descrição da anestesia: foi-me explicado, e eu entendi que para a realização da cirurgia haverá necessidade de me submeter a uma anestesia, que será realizada pela equipe médica do serviço de anestesia, que deverá ser: geral endovenosa e inalatória ou de bloqueio e que me foi explicado os seus riscos e benefícios pelo doutor anestesista.

Destino da peça operatória: entendi que todo material que me for extirpado, constituindo a peça operatória, deverá ser enviado para estudo anatomo-patológico para confirmação diagnóstica de minha patologia.

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, inclusive permitindo que eu realizasse todas as perguntas e fizesse todas as observações que eu achei pertinente para entender o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me ficando dúvidas sobre o procedimento a que serei submetida.

Por este consentimento, confirmo que estou satisfeita com as informações recebidas e que comprehendo todos os riscos e benefícios decorrentes deste tratamento e por tais condições consinto que se realize.

TERMO DE REVOCAGÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)

Confirmo que recebi explicações, li, comprehendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeita (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de REVOGAR este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

 Paciente Responsável

Grau de Parentesco: _____

Nome: _____

CPF: _____

_____/_____Assinatura: _____
Horário: _____Data: /

**DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL**

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico: _____

Assinatura: _____ CRM-MG: _____

Data: ____ / ____ / ____ Horário: _____

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima. () Não foi possível a coleta deste Termo de consentimento Informado, por tratar-se de EMERGÊNCIA.

TESTEMUNHAS**1ª Testemunha**Nome: _____ Nome: _____ Assinatura: _____
Assinatura: _____ CPF: _____
CPF: _____**2ª Testemunha****INFORMAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA QUE DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA AO HOSPITAL**

- Todos os documentos pessoais.
- Exames realizados.
- Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou guia do plano de saúde autorizada;
- Avaliação Pré-anestésica;
- Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.

ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- Caso faça uso de medicamentos, comunicar ao médico assistente todos os de uso contínuo para serem avaliados e se necessário suspensos antes da cirurgia, em especial antiagregantes ou anticoagulantes.
- Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muita pouca água;
- Diabético, NÃO TOMAR os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros;
- Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.
- Em caso de febre ou mal-estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- A remoção dos pelos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.

São Sebastiao do Paraíso - MG _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente ou responsável

CPF: _____