

 <b>JUNTOS SOMOS+</b>	<b>TCLE SALPINGECTOMIA</b>	CÓDIGO: FO.DT.076
		ELABORAÇÃO: 14/01/2026
		REVISÃO: 14/01/2028
		PÁGINA: 1 de 2

<b>Paciente:</b>	
<b>Data de nascimento:</b>	<b>Prontuário:</b>
<b>Nome da mãe:</b>	

Declaro que estou ciente que o médico (a) realize em mim o procedimento de salpingectomia. Compreendo que a cirurgia consiste na retirada de meu (s) ovário (s) e tuba (s) uterina (s) (conexão do útero com os ovários) e que isso ocasionará ausência de menstruação, se forem retirados os dois ovários e não seja feita reposição hormonal, e que o procedimento está sendo indicado de acordo com meu diagnóstico.

Também fui esclarecida que há riscos iguais a todas as cirurgias, tais como possibilidade de infecção com febre, reação alérgica, hemorragia (sangramento) com necessidade de transfusão de sangue que pode se acompanhar também de riscos inerentes a ela, cicatriz não cosmética, e até parada cardíaca, com suas implicações.

E, que para este procedimento, especificamente, podem ocorrer lesões acidentais dos órgãos próximos as tubas uterinas e ovários: útero, bexiga, intestino e ureter, o que pode implicar em maior tempo de hospitalização por ter sido realizada a correção imediata do dano.

No caso de lesão no sistema urinário e de lesão intestinal pode ser necessário o apoio de cirurgião especializado e, em casos complicados também poderá ser necessário colostomia (desvio do intestino, com abertura na parede do abdome). Nos casos em que a lesão se manifestar vários dias após a cirurgia, como é o caso de fístulas, que é um trajeto novo de abertura entre órgãos e/ou pele, por exemplo ureter, intestino, bexiga, vagina e pele será necessária uma nova cirurgia corretora, eventualmente com cirurgião especializado.

Após a cirurgia, no pós-operatório, podem ocorrer: hematoma da parede abdominal (acúmulo de sangue no local cirúrgico), que necessitará drenagem (retirar o sangue acumulado no local), deiscência de sutura (abertura da ferida operatória pela não contenção dos pontos cirúrgicos), que necessitará ressutura, trombose venosa dos membros inferiores (obstrução de veias nas pernas), embolia pulmonar, dor devido à própria agressão cirurgia ou à permanência prolongada na posição cirúrgica, e e/ou necessidade uso de hormônios.

Ainda poderá haver dor pélvica, devido a formação de aderências intra-abdominais e hérnias.

Assim sendo eu aceitei e elegi este procedimento cirúrgico como minha escolha de tratamento.

Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

<b>TERMO DE REVOGAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)</b>	
Confirmando que recebi explicações, li, compreendi 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 satisfeito (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: _____	Data: _____ / /
Horário: _____	

**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: \_\_\_\_\_

**2ª Testemunha**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**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.
- Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

São Sebastião do Paraíso - MG \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável

CPF: \_\_\_\_\_