



Paciente:

Data de nascimento:

Prontuário:

Nome da mãe:

A Cerclagem Uterina é um procedimento cirúrgico indicado geralmente para casos de Insuficiência Istmo cervical (IIC). O objetivo é estimular o colo do útero para evitar sua abertura prematura e reduzir o risco de aborto tardio ou prematuro extremo.

DECLARO TER SIDO INFORMADA QUE:

- Sob anestesia (geralmente raquidiana), o médico realiza uma sutura (ponto) em formato de bolsa ao redor do colo do útero, utilizando um fio cirúrgico inabsorvível e resistente.
- Na grande maioria dos casos, o procedimento é realizado por via vaginal entre 12a a 16a semanas. O ponto é normalmente retirado entre a 36^a e 37^a semana de gestação, ou antes, caso haja trabalho de parto ou ruptura da bolsa.
- Não existem outras opções de tratamento.
- Existe a possibilidade de a cirurgia não corrigir integralmente o problema, que independe do paciente ou do médico.
- Os riscos mais comuns desse procedimento são rotura prematura da bolsa, sangramento, infecção, abortamento, aumento da atividade uterina, irritabilidade do útero, deslocamento da sutura, sendo excepcional a ocorrências Óbito.
- Não há relatos de efeitos colaterais, a longo prazo, descritos na literatura médica.
- Entendi as orientações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas.
- Também entendi que, a qualquer momento, antes que o procedimento de cerclagem se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.
- Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que comprehendo 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).

RISCOS E COMPLICAÇÕES:

Apesar de ser um procedimento padrão, existem riscos inerentes à cirurgia e à própria condição gestacional:

- Ruptura prematura das membranas (romper a bolsa).
- Infecção intra-amniótica (corioamnionite).
- Sangramento vaginal leve ou moderado.
- Estimulação de contrações uterinas (trabalho de parto prematuro).
- Deslocamento do ponto ou laceração do colo do útero pode causar contrações intensas com o ponto ainda no lugar.
- Riscos anestésicos.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS:

- Repouso conforme orientação médica específica.
- Abstinência sexual por período determinado por obstetra.
- Uso de medicamentos prescritos (como inibidores de contração ou progesterona, se necessário).
- Monitoramento de sinais de alerta: febre, correção com odor forte, perda de líquido ou contrações rítmicas.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado que a cerclagem não garante 100% de sucesso na manutenção da gestação até o termo, mas que é a medida indicada para aumentar as chances de sobrevivência fetal no meu quadro clínico. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas.

**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.

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

Confirmo 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: _____

TESTEMUNHAS**1ª Testemunha**

Nome: _____ Nome: _____ Assinatura: _____
Assinatura: _____ CPF: _____
CPF: _____

2ª Testemunha**CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS**

• É muito importante a conscientização e, se possível, a CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES para o banco de sangue do HEMOMINAS. PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL

- Foi possível apresentar o sangue ao paciente ou seu representante legal, ao próprio paciente ou seu representante legal,
- Quaisquer beneficiários e familiares, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, informado ao paciente ou seu representante legal, mediante a assinatura do Termo de Consentimento 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.

**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.

São Sebastião do Paraíso - MG _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente ou responsável
CPF: _____