

	TCLE OOFORECTOMIA	CÓDIGO: FO.DT.082
		ELABORAÇÃO: 14/01/2026
		REVISÃO: 14/01/2028
		PÁGINA: 1 de 2

Paciente:	
Data de nascimento:	Prontuário:
Nome da mãe:	

Declaro que:

O médico explicou-me e eu entendi que devo me submeter: OOFORECTOMIA

A ooforectomia é a retirada do ovário, geralmente acompanhada da retirada da trompa.

Esta cirurgia pode ser feita por vide laparoscopia, por robótica ou por laparotomia (abertura do abdômen).

As complicações gerais que podem ocorrer nessa cirurgia são: sangramento, infecções na incisão, pneumonia, trombose, íleo paralítico (parada transitória do funcionamento do intestino), e elas são mais frequentes se a paciente apresentar outras comorbidade (como obesidade, diabetes, hipertensão, doença pulmonar ou cardiológica).

Pode ocorrer também as seguintes complicações específicas: hematoma, infecção, deiscência (abertura) da sutura das incisões, lesão na bexiga, nos ureteres ou no intestino.

Se no ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poder variar a técnica cirúrgica programada.

Após a alta devo retornar para revisão e é necessário um período de abstinência sexual.

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

Também entendi que, a qualquer momento, antes que a cirurgia 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 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).

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: _____

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: _____