SANTA CASA JUNTOS SOMOS	**TCLE HISTEROSCOPIA**	**CÓDIGO:** FO.DT.088 **ELABORAÇÃO:** 20/05/2025 **REVISÃO:** 20/05/2027 **PÁGINAS:** 1/1

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

Declaro que: Compreendo que a Histeroscopia é um procedimento minimamente invasivo no qual, em ambiente hospitalar e/ou ambulatorial, um conjunto de pequenos tubos (endoscópio e camisas operatórias) é introduzidos na vagina e no útero para assim poder enxergar o interior do útero; identificar alterações como mioma do útero, pólipo do útero, malformações do útero e cicatrizes nas paredes do útero (chamadas sinéquias ou aderências), entre outras; e realizar tratamentos das doenças encontradas no mesmo momento em algumas vezes. As complicações mais comuns são dor tipo cólicas no pós-operatório e sangramento pela vagina. Outras complicações menos frequentes também podem ocorrer como: febre, secreção vaginal com cheiro ruim, perfuração do útero e hidratação excessiva pelos líquidos utilizados na cirurgia.
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 Histeroscopia 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:_____

Assinatura:_____

CPF:_____

2ª Testemunha

Nome:_____

Assinatura:_____

CPF:_____

SANTA CASA JUNTOS SOMOS	**TCLE HISTEROSCOPIA**	**CÓDIGO:** FO.DT.088 **ELABORAÇÃO:** 20/05/2025 **REVISÃO:** 20/05/2027 **PÁGINAS:** 1/1

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-anéstésica;
- 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 Sebastião do Paraíso - MG _____de_____de_____.

_____

Assinatura do paciente ou responsável

CPF:_____