

CIRURGIAS GINECOLÓGICAS POR VIA VAGINAL
(HISTERECTOMIAS, PROLAPSOS)

1. Identificação da paciente (representante legal)

NOME: IDADE:

ENDEREÇO:

TELEFONE: REGISTRO HOSPITALAR:

CIC: RG:

2. Declaro que:

O DOUTOR:

Explicou-me e eu entendi que devo me submeter:

2 a) NOME DO PROCEDIMENTO: Cirurgias ginecológicas por via vaginal (histerectomias, prolapsos).

2 b) DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PROCEDIMENTO (EM TERMOS LEIGOS E CLAROS):

- 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.

2 c) 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.

2 d) DESCRIÇÃO DE COMPLICAÇÕES DO ATO OPERATÓRIO:

- Hematoma intra-operatória, 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 feito uma drenagem cirúrgica.
- Infecção pós-operatórias, 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.
- Quelóides (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.

2 e) 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.

2 f) DESTINO DA PEÇA OPERATÓRIA: Entendi que todo material que me for extirpado, constituindo a peça operatória, deverá ser enviado para estudo anatomopatológico para confirmação diagnóstica de minha patologia.

3. 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.
4. 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.
5. Por este CONSENTIMENTO, confirmo que estou satisfeito com as informações recebidas e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes deste tratamento e por tais condições CONSENTO que eu seja submetida: CIRURGIAS GINECOLÓGICAS POR VIA VAGINAL (HISTERECTOMIAS, PROLAPSOS).

CIDADE: DATA:

Assinatura do Médico

Assinatura da Paciente

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

6. Declaro que é possível a qualquer momento antes da cirurgia revogar o meu consentimento.

Revogo o consentimento prestado no dia e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data.

CIDADE: DATA:

Assinatura do Médico

Assinatura da Paciente