

**DOCUMENTO DE "CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO"**  
**PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO**  
**VÍDEO-HISTEROSCOPIA**

**PACIENTE**

Nome:

Nascimento:

**DECLARANTE**

Nome:

Nascimento:

Identidade n.º:

Expedidor:

Emissão:

OBS.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente.

**DECLARO**

Que o(a):

CRM-DF:

Que fui informado(a) e tendo em vista o diagnóstico de  
proceder **VÍDEO-HISTEROSCOPIA** em Paciente.

ser conveniente e indicado

Esclareceu-me que:

1. O principal objetivo da vídeo-histeroscopia é esclarecer diagnósticos de patologias da cavidade uterina suspeitados por outros métodos, com ou sem realização de biópsia, além de avaliação prévia a ciclo de fertilização in vitro.
2. As vezes pode ser de valor terapêutico como a extirpação de pólipos, miomas, septos uterinos, sinéquias, corpo estranho, etc ou ainda a endometrectomia para aliviar metrorragia funcional.
3. A vídeo-histeroscopia pode necessitar de anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia.
4. A vídeo-histeroscopia só pode ser praticada por via vaginal.
5. A vídeo-histeroscopia diagnóstica necessita de CO<sup>2</sup> para a distensão da cavidade;
6. A vídeo-histeroscopia cirúrgica necessita de líquido para a distensão da cavidade;
7. Toda peça operatória ou material extirpado será enviado para completar o estudo anatomopatológico.
8. Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade...), traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos como cirúrgicos, assim como um mínimo de percentual de mortalidade.
9. As complicações da intervenção cirúrgica por ordem de frequência, podem ser:
  - a) Falha no do procedimento;
  - b) Infecções com possibilidade de evolução febril (urinárias, endometrites, salpingites, etc.);
  - c) Hemorragias com a possível necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória);
  - d) Perfuração do útero (sobretudo em úteros atroficos e patologia maligna), bexiga, intestino e vasos calibrosos;
  - e) Absorção excessiva de CO<sup>2</sup> ou líquido, levando de náuseas até parada cardíaca;
  - f) Dores lombares devido à posição cirúrgica;
  - g) Trombose venosa dos membros inferiores;;
  - g) Dormência nos membros inferiores
10. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada. Podendo inclusive haver necessidade de realização de vídeo-laparoscopia ou mesmo laparotomia.

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 e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Por tal razão e nestas condições

**CONSINTO**

Que se realize a **VÍDEO-HISTEROSCOPIA** proposta.

Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Local e data:

\_\_\_\_\_  
Médico(a)

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante ou Responsável

TESTEMUNHAS: .....

.....