

**CIRURGIA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DO  
ENDOMÉTRIO E OVÁRIO**

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:** Cirurgia para tratamento do câncer do endométrio e ovário.

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

- Abertura da parede abdominal.
- Inventário da cavidade abdominal.
- Retirada do útero, paramétrios, trompas e ovários.
- Amostragem de gânglios linfáticos piri-ílicos e da fossa obturadora.
- Biópsia peritoneal.
- Omentectomia.
- Colocação de drenos abdominais.
- Sondagem vesical.
- Fechamento da ferida operatória por aproximação da pele próxima restante.
- Como condição final, o abdômen fica com uma cicatriz e drenos.

**2 c) DESCRIÇÃO DOS INSUCESSOS:** Entendo que pode ocorrer insucesso, isto é, a cirurgia pode não resolver completamente a remoção de todo o câncer, podendo haver recidiva em cúpula vaginal ou outra área abdominal e metástases e podendo ocorrer inclusive complicações inerentes ao procedimento cirúrgico.

**2 d) DESCRIÇÃO DE COMPLICAÇÕES DO ATO OPERATÓRIO:**

- Hemorragia intra-operatória, podendo ser necessário transfusão de sangue intra ou pós-operatório.
- Lesão de vasos ilíacos, sendo necessário transplante venoso, a cargo de um cirurgião vascular.
- 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.
- Seromas pós-operatório, que é o acúmulo de líquido seroso no abdômen e que deve ser drenado.
- Infecção pós-operatórias, locais e sistêmicas, 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.
- Edema de membros inferiores, que ocorre pela interrupção da drenagem linfática devido a retirada de vasos e gânglios pélvicos, necessária para o tratamento adequado do câncer do colo.
- Trombose venosa dos membros inferiores.
- Quelóides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial.
- Parestesias dos 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, embora mínimo, 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 CONSINTO que se me realize a cirurgia: CIRURGIA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DO ENDOMÉTRIO E OVÁRIO.

CIDADE: ..... DATA: .....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Paciente

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA