

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

**PACIENTE**

Nome:

Nascimento:

**DECLARANTE\***

Nome:.....

Nascimento:.....

Identidade n.º:.....

Expedidor:.....

Emissão:.....

\*No caso do declarante não ser o paciente.

**DECLARO**

Que o(a):

CRM-DF:

Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de

com indicação médica

para sua retirada, foi conveniente e indicado a realizar a MIOMECTOMIA na paciente acima.

Esclareceu-me sobre:

1. A existência de possíveis opções terapêuticas, por exemplo: como embolização, miomectomias histeroscópicas, tratamento hormonal, ...
2. A miomectomia necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia.
3. A miomectomia, no presente caso será praticada por via abdominal.
4. Na impossibilidade técnica de se realizar a miomectomia, no transcurso da cirurgia, a intervenção cirúrgica consistirá na retirada do útero (histerectomia) com/sem colo, o que supõe impossibilidade de ter filhos, assim como ausência de menstruação. A histerectomia pode ser associada a extirpação dos anexos (ovários/trompas).
5. A peça retirada será submetida a estudo anatomopatológico posterior.
6. 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 percentual de mortalidade.
7. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.
8. As complicações recentes mais frequentes para esse tipo de intervenção cirúrgica podem ser:
  - a) Infecções com possibilidade de evolução febril (urinárias, de parede abdominal, pélvicas...);
  - b) Hemorragias com a possível necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória);
  - c) Hemorragias com necessidade de retirada do útero;
  - d) Lesões vesicais, ureterais e/ou vesicais;
  - e) Lesões intestinais;
  - f) Fístulas.
9. A longo prazo poderá ocorrer hérnias pós-laparotômicas (abdominais), assim como patologia dos ovários restantes quando se conservam os mesmos.

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

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 MIOMECTOMIA proposta, com a alteração no tipo de intervenção conforme avaliação técnica no trans-operatório.

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 Declarante

TESTEMUNHAS:

.....

.....