

DOCUMENTO DE "CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO" PARA REALIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO MÉDICO
PROCEDIMENTO INFORMADO HISTERECTOMIA RADICAL – "WHERTEIM-MEIGS"

DECLARANTE

Nome:.....
Idade:.....
Endereço:.....
Tel.:() :
Identidade n.o :
Órgão Expedidor: :Data de emissão:.....
Paciente ☐ Representante legal ☐ Representante familiar ☐ Responsável ☐
OBS.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente.

PACIENTE

Nome:.....
Idade:.....
Endereço:.....
Tel.:() :
Identidade n.o :
Órgão Expedidor: : Data de emissão:.....

DECLARO

Que o Doutor:

Nome:.....
CRM n.o:
Instituição:.....
Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de

.....
.....
(em minha pessoa ou no paciente supra mencionado) ser conveniente e indicado
proceder HISTERECTOMIA RADICAL.

Esclareceu-me que:

1. Há outras possibilidades opcionais terapêuticas: Radioterapia ou
Hormonioterapia.

.....
realizar-se-á uma histerectomia radical (em minha pessoa ou no paciente supra
mencionado) cuja indicação é:

Imprescindível ☐ Necessária ☐ Conveniente ☐

2. A histerectomia radical necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia.
3. A histerectomia radical só pode ser praticada por via abdominal. A intervenção consiste na extirpação do útero

com colo, o que supõe a não possibilidade de ter filhos, assim como ausência de menstruação. A histerectomia radical está associada a extirpação dos anexos (ovários e trompas), linfadenectomia pélvica bilateral e exploração de gânglios paraaórticos.

4. Toda peça operatória ou material extirpado será enviado para completar o estudo anatomopatológico.
5. 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.
6. As complicações da intervenção cirúrgica por ordem de freqüência, podem ser:
 1. a) Infecções com possibilidade de evolução febril (urinárias, de parede abdominal, pélvicas);
 2. b) Hemorragias com a possível necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória);
 3. c) Lesões vesicais, ureterais e/ou vesicais;
 4. d) Lesões intestinais;
 5. e) Fístulas.A longo prazo poderá ocorrer prolapsos (descensos) de cúpula vaginal ou hérnias pós-laparotômicas (abdominais).
7. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

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 HISTERECTOMIA RADICAL 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

.....
Paciente ou Representante ou Responsável