

**Termo de Consentimento Livre Esclarecido
Histeroscopia Cirúrgica para Biópsia**

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Hospital Dia.

PROCEDIMENTO: Na histeroscopia poderá haver uma finalidade diagnóstica e/ou terapêutica; nesta técnica permite-se a retirada de pólipos e miomas, a ablação endometrial, a lise de sinéquia, a ressecção de septo uterino, a cateterização tubária e o controle e remoção do dispositivo intra-uterino, além da histeroscopia cirúrgica para biópsia dirigida. Em particular, no tratamento do mioma uterino, que apresenta um componente intramural, é prevista uma segunda intervenção para a retirada da porção residual quando necessário. Na ablação endometrial é prevista uma falha do método (reaparecimento de sangramento uterino anormal) em cerca de 15% dos casos, além de impossibilitar futuras gravidezes.

DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PROCEDIMENTO: Procede-se a inserção do histeroscópio, instrumento cirúrgico similar a um telescópio, através do colo do útero, depois de ser previamente dilatado. A cavidade uterina será distendida com uma solução líquida. Acoplado ao histeroscópio será introduzido na cavidade uterina um pequeno instrumento cirúrgico que permitirá a realização do procedimento.

Vídeos e fotografias da cavidade uterina poderão ser feitos durante o intervento para documentação com finalidade didática.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Apesar da cautela, a histeroscopia pode apresentar complicações como todos os procedimentos cirúrgicos, algumas das quais graves, a exemplo de: perfuração uterina, infecção (pouco frequente), passagem excessiva para a corrente sanguínea e espaço extra vascular de solução utilizada para a distensão da cavidade uterina. Tais complicações são, todavia pouco frequentes. Há a possibilidade de que, no curso da intervenção ou após, se encontre uma situação que irá requerer um tratamento mais complicado e diferente daquele inicialmente proposto, deverá então, o paciente desde já autorizar, se necessário, uma laparotomia convencional ou por laparoscopia. No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infection Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos trato digestivo, respiratório ou urinário).
2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos trato digestivo, respiratório ou urinário).
3. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. Cirurgias infectadas – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

**Termo de Consentimento Livre Esclarecido
Histeroscopia Cirúrgica para Biópsia**

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

ANATOMIA PATOLÓGICA: Autorizo que todo material que for removido durante o procedimento, deverá ser enviado para estudo anátomo patológico para confirmação diagnóstica pelos laboratórios conveniados ao Itaigara Memorial.

<input type="checkbox"/> Autorizo	<input type="checkbox"/> Não Autorizo
--	--

Nos casos em que o paciente for particular ou convênio não credenciado aos laboratórios parceiros, a peça será entregue ao paciente com as devidas orientações.

PÓS OPERATÓRIO: PÓS OPERATÓRIO: Depois da cirurgia histeroscópica é aconselhável: evitar qualquer atividade que requeira particular concentração após o dia sucessivo da intervenção, retornar a plena atividade a partir da liberação do cirurgião, retorno imediato ao médico (a) se houver qualquer alteração.

Declaro para todos os fins legais, especialmente no disposto no artigo 39, VI da Lei 8.078/90 que dou plena autorização ao médico por mim escolhido, Dr (a). _____ e sua equipe, para executar o tratamento cirúrgico designado e todos os procedimentos que se fizerem necessários, além da anestesia e outras condutas médicas cirúrgicas que tal tratamento venha a exigir.

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Paciente

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

Responsável

Nome: _____

Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

Termo de Consentimento Livre Esclarecido
Histeroscopia Cirúrgica para Biópsia

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

Declaração do Médico Responsável

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o exame, os riscos e complicações, as orientações pré e pós exame. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____