

**Termo de Consentimento Livre Esclarecido  
Colposcopia e Biópsia**

<b>PACIENTE:</b>	
<b>DATA NASCIMENTO:</b>	<b>RG Nº:</b>
<b>PRONTUÁRIO:</b>	<b>ATENDIMENTO:</b>

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:** A colposcopia é um procedimento realizado para examinar a vagina, vulva e o colo do útero, utilizado como preventivo para o câncer do colo do útero. O exame é feito com o uso de colposcópio, aparelho dotado de lentes de aumento e luzes, permitindo uma melhor visualização de lesões nos locais examinados.

A colposcopia é feita em posição ginecológica, com a introdução do espéculo vaginal. Em seguida, o colposcópio é posicionado para realização do exame visual detalhado da vulva, vagina e colo do útero, com o uso de líquidos (solução salina, lugol e ácido acético) que irão auxiliar na visualização de anormalidades. Durante o exame, anormalidades como infecção, processos inflamatórios, cicatrização anterior ou sinais de um possível desenvolvimento do câncer são processados. Se algo suspeito for encontrado, será realizado um procedimento chamado Biópsia, quando uma pequena amostra do tecido é recolhido para análise laboratorial. A biópsia pode ser realizada no colo do útero, na vagina ou na vulva.

**RISCOS E COMPLICAÇÕES:** Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Dentre os riscos na colposcopia e/ou biópsia estes são mínimos, se incluem: dores na vagina e na vulva, sangramento leve que podem durar um ou dois dias e secreção escura na vagina. O sangramento vaginal intenso, corrimento vaginal malcheiroso ou dor abdominal grave são complicações poucos frequentes, mas podem ocorrer. Deverá ser comunicado ou retornar ao médico o mais rápido possível. No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

**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.

**Autorizo**  **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 EXAME:** Orientado a utilizar protetor diário para recolher os vestígios de sangue ou secreção. Evitar o uso de absorventes internos, duchas higiênicas e atividades sexuais durante uma semana após biópsia.

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)

**Termo de Consentimento Livre Esclarecido  
Colposcopia e Biópsia**

<b>PACIENTE:</b>	
<b>DATA NASCIMENTO:</b>	<b>RG Nº:</b>
<b>PRONTUÁRIO:</b>	<b>ATENDIMENTO:</b>

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, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**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, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_