

O(A) paciente _____,

Data Nascimento: ___/___/___ ou seu Responsável _____,
declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido, que autoriza o(a) médico(a) assistente, o Dr.(a) _____ inscrito no CRM/ES sob o n.º _____ credenciado pelo Hospital Rio Doce, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar a **Cirurgia de Histeroscopia** todos que o incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINIÇÃO DA CIRURGIA: é o exame do útero que permite a visualização do canal endocervical e da cavidade uterina. Esse exame é realizado com o aparelho chamado histeroscópico, com a paciente em posição de exame ginecológico. O histeroscópico é introduzido através da vagina e entra pelo colo do útero, chegando até a cavidade uterina.

INDICAÇÃO: a finalidade é a de diagnosticar doenças, realizar biopsias (retirada de amostra de tecido para posterior análise) e realizar procedimentos cirúrgicos, tais como a retirada de pólipos (crescimento anormal das células do útero), miomas (tumores não cancerosos do útero), sinéquias (aderências que se formam no interior do útero) e ablação endometrial (uma das formas de tratamento do sangramento uterino anormal). Em alguns casos, tais como ressecção de grandes miomas, sinéquias uterinas extensas e ablação endometrial, a paciente será submetida a um segundo tempo cirúrgico ou revisão histeroscópica em 30 (trinta) a 60 (sessenta) dias. A histeroscopia é considerada a melhor técnica para diagnóstico do câncer de canal e cavidade uterina.

COMPLICAÇÕES: são raras as complicações de histeroscopia, mas pode haver desconforto abdominal do tipo cólica e sangramento vaginal logo após o procedimento. Muito raramente podem ocorrer complicações do tipo infecciosa (0,01%), hemorrágica (0,03%), sobrecarga de líquido utilizado na distensão uterina (0,06) ou perfuração uterina (0,12%).

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 aceito 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 tratos digestivo, respiratório ou urinário);

2. Cirurgias potencialmente contaminadas: 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos 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.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes, e riscos pela não realização do tratamento proposto.

Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que esta cirurgia, tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico(a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o mesmo (a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas. Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento. Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Linhares (ES), _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente _____ CPF: _____-_____-_____-

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____ CPF: _____-_____-_____-

Deve ser preenchido pelo Médico Assistente:

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de **EMERGÊNCIA**.

Nome do médico _____

Assinatura _____ CRM _____