

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO

VIDEO HSITEROSCOPIA CIRURGICA

Nome: _____ Data Nas. _____
Cidade: _____ Telefones: _____
Convênio: () UNIMED () PARTICULAR DR.(a) _____
Email: _____ Previsão p/ Cirurgia: _____
Dum: _____

Autorizo o **Dr. Féres Abrão** a executar uma histeroscopia cirúrgica, tendo sido anteriormente informada do procedimento ao qual serei submetida. Procede-se à 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. Via histeroscópio será introduzida na cavidade uterina um pequeno instrumento cirúrgico que permitirá a realização do intervento.

Vídeos e fotografias da cavidade uterina poderão ser feitos durante o intervento para documentação com finalidade didática e pesquisa, bem como a realização de exames laboratoriais como Anotomo Patológica do Material coletado e exame de Imuno Histoquímica, Piten e P53, com finalidade para pesquisa.

Na histeroscopia poderá haver uma finalidade diagnóstica e/ou terapêutica; nesta técnica permite-se à 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. Em particular, no tratamento do mioma uterino, em alguns casos 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. Depois da cirurgia histeroscópica é aconselhável:

Evitar qualquer atividade que requeira particular concentração após o dia sucessivo da intervenção.

Retomar ao trabalho leve a partir do segundo dia após a intervenção. Retomar a plena atividade a partir do sétimo dia após a intervenção. Retorno imediato ao médico se houver qualquer alteração.

Apesar da cautela, a histeroscopia pode apresentar complicações como todos os procedimentos cirúrgicos, algumas das quais graves, a exemplo de:

Perfuração uterina, com possibilidade de lesão de órgão (bexiga, intestino e grandes vasos).

Infecção (pouco freqüente).

Passagem excessiva para a corrente sanguínea e espaço extravascular de solução utilizada para a distensão da cavidade uterina. Embolia gasosa.

Tais complicações são, todavia pouco freqüentes. 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, um laparoscopia ou laparotomia.

A paciente abaixo assinante declara que:

Leu todo o conteúdo deste consenso pós- informado. Compreendeu e está de acordo com o que será efetuado.

Foram-lhe devidamente explicados a intervenção, os riscos (complicações) e as possibilidades alternativas de um modo claro.

Recebeu toda a informações que desejava conhecer e a possibilidade de fazer perguntas e questionar dúvidas.

Declara ainda que pode a qualquer momento antes da cirurgia revogar a sua autorização e o seu consentimento. Conseqüentemente, houve a sua autorização e o seu consentimento.

Está também ciente, de que a cirurgia pode ser alterada sua data e hora conforme agenda médica, ou seja, urgências e emergências que surgirem no decorrer do dia, ficando assim, ciente de que possa haver atrasos sem previsão de tempo necessário para aguardar a chegada do médico cirurgião.

OBS: Caso a Unimed negar o pagamento da cirurgia depois do procedimento realizado, a paciente devera se responsabilizar pelos custos.

Marília, ____ de _____ de 201

Assinatura do Medico: _____

Assinatura da paciente: _____

Assinatura da testemunha: _____