

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE
E ESCLARECIDO (TCLE)****HISTEROSCOPIA**

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente:

Data de Nascimento:

Prontuário:

Descrição do Procedimento / Objetivos / Riscos e Benefícios**Qual a intenção para a histeroscopia nesta paciente?** diagnóstica terapêutica

O QUE É UMA HISTEROSCOPIA? É um procedimento utilizado para avaliação do canal do colo do útero e da cavidade uterina. Pode ser indicado para diagnóstico de alguma patologia (diagnóstica) pela visualização direta e permite ainda realização de biópsias (retirada de tecido para investigação). Pode-se também utilizar o procedimento para tratamento (terapêutica).

COMO É REALIZADA UMA HISTEROSCOPIA? O procedimento é realizado com um aparelho chamado histeroscópio, com posicionamento adequado da paciente e dilatação do colo do útero com material específico. Posteriormente se procede a insuflação de algum tipo de líquido (ex.: glicina, sorbitol ou manitol) ou um gás (ex.: CO₂) na cavidade uterina para facilitar a visualização. Durante o procedimento, instrumental cirúrgico poderá ser introduzido na cavidade para manipulação, biópsias e realização de procedimentos nos casos de histeroscopia terapêutica.


POR QUE EU SEREI SUBMETIDA A ESTA CIRURGIA/PROCEDIMENTO? A indicação mais comum são os sangramentos anormais, permitindo avaliar e descartar câncer de endométrio e outras neoplasias. Outras indicações podem ser a investigação de infertilidade, dúvidas levantadas em outros exames, localização de corpo estranho ou DIU, além do seguimento de várias patologias: hiperplasia endometrial, carcinomas e neoplasias, etc.

PRECISA DE ANESTESIA? Sim, necessita de anestesia, que será avaliada e realizada pelo médico anesthesiologista, podendo ser anestesia geral ou locorregional (na medula espinhal).

QUAIS AS VANTAGENS DESTA TIPO DE PROCEDIMENTO? Em relação à exploração cirúrgica da cavidade, permite diagnóstico ou tratamento mais conservador (sem necessidade de abertura da cavidade abdominal), permitindo poupar o útero para gravidez futura quando possível. Além disto, por ser menos invasivo, está relacionado a menor número de complicações, menor dor no pós-procedimento e alta mais precoce. Nos casos onde é realizada a histeroscopia terapêutica se propõe melhora dos sintomas da paciente ou controle de doença progressiva.

QUAIS OS RISCOS E DESCONFORTOS DE UMA CIRURGIA/PROCEDIMENTO? Geralmente a histeroscopia diagnóstica é considerado um procedimento ambulatorial, permitindo retomada das atividades após o término do exame e recuperação, caso não apresente complicações durante ou após o procedimento. Pequenas lesões na região das ressecções do útero e também na região do colo do útero podem ocorrer, levando a pequeno sangramento no pós-procedimento (0,03%). Como o procedimento se dá sob visualização direta, a perfuração uterina é um evento muito raro, excepcional (0,12%). No caso de procedimentos cirúrgicos com uso de substâncias hiperosmolares (ex.: glicina, sorbitol, manitol, etc) há um risco baixo, porém de gravidade maior, que seria a passagem do líquido para a cavidade abdominal e daí para o sangue, podendo levar a acúmulo de água nos pulmões (congestão hídrica) e muito raramente no cérebro (edema, podendo levar a crise convulsiva ou alterações do sistema nervoso central), associado ou não à queda do sódio no sangue (hiponatremia). As complicações podem ocorrer em até 2% dos procedimentos. Estes riscos são amenizados com o controle adequado pelo médico da quantidade de líquido e da pressão utilizada durante o procedimento. Dependendo do procedimento, poderá ocorrer dor depois da cirurgia, principalmente abdominal e/ou lombar, devido a posição durante o procedimento, que será amenizada com medicações. Nestes casos de complicações, a internação poderá se estender a mais dias até recuperação da paciente. Mesmo com todo o cuidado de assepsia, podem acontecer infecções após o procedimento (0,01%), sendo necessário uso de antibióticos. Todo procedimento e cirurgia aumenta o risco de tromboembolismo (sangue coagulado de uma veia que se desloca de seu local de formação e migra para um dos pulmões). O risco de óbito é geralmente muito próximo de zero e depende das complicações do procedimento a ser realizado e do estado prévio de saúde do paciente. Devido à manipulação da cavidade uterina, apesar de extremamente raros, devemos citar um risco remoto de complicações como sinéquias (acolamento das paredes do útero) e mudanças na posição da placenta ou acretismo em próximas gestações. Em alguns procedimentos poderá ser necessário uma reabordagem posterior.

E SE ALGO NÃO CORRER COMO O ESPERADO? Neste caso, concordo e autorizo meu médico a realizar, durante minha internação, todos os atos necessários para preservar minha vida, inclusive

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente:	
	HISTEROSCOPIA	Data de Nascimento:	
	Prontuário:		

transfusão de sangue e hemocomponentes, modificar a técnica cirúrgica definida e novos exames ou procedimentos diferentes daqueles propostos inicialmente, para o melhor resultado da minha cirurgia.

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Diante do exposto, declaro que li e entendi os riscos e benefícios referentes ao procedimento, tendo a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de explicação, poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento proposto, sem qualquer penalização ou prejuízo do meu cuidado.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e terapêutico.

Estou ciente de que, no momento da alta, deverei estar acompanhado por uma pessoa adulta.

Declaro que entendi que o procedimento não deve ser realizado em gestantes e informo que não estou gestante.

() PACIENTE () RESPONSÁVEL – Neste caso, preencher grau de parentesco.

Nome Legível: _____

Assinatura: _____ Grau de Parentesco: _____

Identidade: _____

Aracaju ____ / ____ / ____

Hora: ____ : ____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Declaro que expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao paciente e/ou seu responsável, assim como os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido a perguntas para esclarecer todas as dúvidas pertinentes. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável legal está em condições de compreender o tratamento proposto.

Assinatura e carimbo do profissional: _____

Aracaju ____ / ____ / ____

Hora: ____ : ____

CONSENTIMENTO NÃO OBTIDO: Emergência e Urgência

Devido ao quadro clínico grave do paciente, em urgência ou risco iminente de morte, não foi possível fornecer ao mesmo ou ao seu responsável as informações necessárias para a obtenção deste consentimento informado. Assim, baseado no melhor julgamento clínico e respaldado pelas melhores práticas médicas, realizei e registrei em prontuário o motivo da necessidade do procedimento em caráter emergencial e os procedimentos necessários e adequados para melhorar a situação clínica do paciente.

Assinatura e carimbo do profissional: _____

Aracaju ____ / ____ / ____

Hora: ____ : ____