|  |
| --- |
| **Qual o procedimento será realizado?**  **( ) vídeo histeroscopia cirúrgia – VHC**  **( ) vídeo histeroscopia diagnóstica - VHD** |
| **Descrição do Procedimento / Objetivos / Riscos e Benefícios** |
| **O QUE É UMA HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA/DIAGNÓSTICA?** É uma técnica utilizada para realizar cirurgias ou biópsias dentro do útero, por meio de instrumentais apropriados (endoscópios), sem a necessidade de se abrir a cavidade abdominal como na cirurgia convencional.  **COMO É REALIZADA UMA HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA/DIAGNÓSTICA?** Por meio de instrumentais específicos, o cirurgião insere instrumental na cavidade uterina por via vaginal. Utilizando uma câmara e uma luz na ponta dos tubos, o médico realiza a cirurgia ou procedimento, visualizando o interior da cavidade uterina por meio de uma tela de vídeo. Desta forma, é possível estudar a cavidade uterina, assim como retirar materiais para estudos (biópsias) ou fazer tratamentos cirúrgicos, como retirada de pólipos, miomas, sinéquias, etc.  **POR QUE EU SEREI SUBMETIDA A ESTA CIRURGIA/PROCEDIMENTO?** As indicações mais comuns são: necessidade de diagnósticos sobre doenças do útero, assim como retirada de miomas, pólipos, etc. Se tiver alguma dúvida, pergunte ao seu médico sobre a indicação.  **PRECISA DE ANESTESIA?** Sim, necessita de anestesia, que será avaliada e realizada pelo médico anestesiologista, podendo ser anestesia geral ou locorregional (na medula espinhal).  **QUAIS AS VANTAGENS DESTE TIPO DE PROCEDIMENTO?** A cirurgia guiada pela histeroscopia tem a vantagem de não precisar de uma grande abertura na cavidade abdominal (como cirurgias tradicionais de abdome) e ainda cursa com menos complicações (sangramento, infecções, dor, etc) no pós-operatório. O tempo de internamento e recuperação é menor.  **QUAIS OS RISCOS E DESCONFORTOS DE UMA CIRURGIA/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. Existe um risco aumentado de sangramentos, formação de hematomas, e pode ser necessário transfusão durante ou após a cirurgia. Mesmo com todo o cuidado de assepsia, podem acontecer infecções após o procedimento, sendo necessário uso de antibióticos, drenagem de secreções (abscessos). Raramente pode haver ferimentos no colo uterino que precisem dar pontos (suturar). Apesar de extremamente raro, é importante saber que existe um risco muito baixo de perfuração uterina e lesão de órgãos na cavidade abdominal, podendo exigir uma cirurgia abdominal de urgência. 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 baixo e depende do procedimento a ser realizado e do estado prévio de saúde do paciente. Existe ainda a possibilidade de o procedimento não poder ser realizado, por apresentar um colo uterino muito estreito ou ao se descobrir, durante o procedimento que o mioma é muito grande na sua parte intramural (dentro do músculo).  **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 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.  Entendo que o procedimento pode não ser definitivo, com retorno futuro das lesões e que após o procedimento, raramente, pode haver um comprometimento da capacidade de engravidar.  Estou ciente de que, no momento da alta, deverei estar acompanhada por uma pessoa adulta.  ( ) 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:\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |