

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE**  
**SALPINGOOFORRECTOMIA UNI OU BILATERAL**

Eu, ..... ; RG ..... ;  
anos de idade, consinto que o Dr. .... realize em mim o  
procedimento de salpingooforectomia.

Compreendo que a cirurgia consiste na retirada de meu(s) ovário(s) e tuba(s) uterina(s) (conexão do útero com os ovários) e que isso ocasionará ausência de menstruação, se forem retirados os dois ovários e não seja feita reposição hormonal, e que o procedimento está sendo indicado porque foi diagnosticado que eu sou portadora de  
.....  
.....

Também fui esclarecida que há riscos iguais a todas as cirurgias, tais como possibilidade de infecção com febre, reação alérgica, hemorragia (sangramento) com necessidade de transfusão de sangue que pode se acompanhar também de riscos inerentes a ela, cicatriz não cosmética, e até parada cardíaca, com suas implicações. E, que para este procedimento, especificamente, podem ocorrer lesões acidentais dos órgãos próximos as tubas uterinas e ovários: útero, bexiga, intestino e ureter, o que pode implicar em maior tempo de hospitalização por ter sido realizada a correção imediata do dano. No caso de lesão no sistema urinário e de lesão intestinal pode ser necessário o apoio de cirurgião especializado e, em casos complicados também poderá ser necessário colostomia (desvio do intestino, com abertura na parede do abdome). Nos casos em que a lesão se manifestar vários dias após a cirurgia, como é o caso de fistulas, que é um trajeto novo de abertura entre órgãos e/ou pele, por exemplo ureter, intestino, bexiga, vagina e pele será necessária uma nova cirurgia corretora, eventualmente com cirurgião especializado. Após a cirurgia, no pós-operatório, podem ocorrer: hematoma da parede abdominal (acúmulo de sangue no local cirúrgico), que necessitará drenagem (retirar o sangue acumulado no local), deiscência de sutura (abertura da ferida operatória pela não contenção dos pontos cirúrgicos), que necessitará resutura, trombose venosa dos membros inferiores (obstrução de veias nas pernas), embolia pulmonar, dor devido à própria agressão cirurgia ou à permanência prolongada na posição cirúrgica, e e/ou necessidade uso de hormônios. Ainda poderá haver dor pélvica, devido a formação de aderências intra-abdominais e hérnias.

Outros esclarecimentos informados foram que a expectativa de sucesso para a cirurgia é ..... (boa, moderada, reservada/pobre); que meu prognóstico (condição médica futura), caso eu não opte pela cirurgia é  
.....  
..... ;

e que ..... (existe ou não existe) alternativa de tratamento. Assim sendo eu aceitei e elegi este procedimento cirúrgico como minha escolha de tratamento.

Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento, antes que a salpingooforectomia se realize, e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto e para tal me basta comunicar por escrito ao Dr.

**FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Fillada à Associação Médica Brasileira

**PRESIDÊNCIA**

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 3421- sala 903-São Paulo-SP-Brasil- 01401-001-Fone: 55 (11) 5573.4919

**SECRETARIA EXECUTIVA**

Av. das Américas, 8445- sala 711-Rio de Janeiro-RJ-Brasil- 22793-081-Fone: 55 (21) 2487.6336

..... , responsável pelo procedimento, até 72 horas (três dias) antes da data marcada para a internação hospitalar, salvo situações de plena justificativa. Aceito que a medicina não é uma ciência exata e, por isso, compreendo que nenhuma garantia absoluta possa me ser dada quanto aos resultados.

Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento. Consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Nome do paciente ou responsável legal: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável legal: \_\_\_\_\_

Identidade nº: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

***Deve ser preenchido pelo médico***

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 os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

***O termo deve ser rubricado em todas as folhas pela paciente e pelo médico.***