

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE ALTA FREQUÊNCIA (CAF) DO COLO DO ÚTERO

quanto aos principais aspectos relacionados a **ALTA FREQUÊNCIA (CAF) DO COLO DO ÚTERO** e ou a realização de procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

- 1) **Procedimento:** consiste na extirpação de uma pequena parte do colo do útero utilizando uma alça e bisturi elétrico de alta frequência. Pode ocorrer à retirada de lesões associadas da vagina, vulva e períneo.
- 2) **Complicações e Riscos:** infecções, hemorragias com a possível necessidade de transfusão, lesões de bexiga, uretra ou ureteres, lesões intestinais, fístulas, deiscência (abertura) da ferida, sendo necessário, eventualmente, nova anestesia para cauterização e/ou aplicação de pontos na ferida; trombose venosa dos membros inferiores, embolia pulmonar e dores devido à posição cirúrgica. À longo prazo, podem ocorrer abertura do colo uterino durante a gestação, especialmente entre 34-37 semanas de gestação, bem como estenose do colo (risco incomum) o que pode dificultar o exame do mesmo, assim como o trabalho de parto futuro.
- 3) **Informações Pertinentes:** existem outras possíveis opções terapêuticas expostas, como por exemplo, conização à frio (bisturi) para neoplasia intra-epitelial cervical, histerectomia para câncer cervical.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, autorizo a realização da **ALTA FREQUÊNCIA (CAF) DO COLO DO ÚTERO** e ou Procedimentos prescritos. Declaro que recebi do (a) Dr. (a) _____, CRM: _____ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos, complicações e alternativas de tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a **ALTA FREQUÊNCIA (CAF) DO COLO DO ÚTERO** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições. Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis desta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar em prejuízos nos resultados. Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo. Divinópolis, _____ de _____ de _____ Assinatura

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____
Assinatura: _____
CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____
Assinatura: _____
CPF: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de **ALTA FREQUENCIA (CAF) DO COLO DO UTERO** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis _____ de _____ de _____

Nome completo: _____ CRM: _____

Assinatura

INFORMAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA

TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1) Todos os documentos pessoais.
- 2) Exames realizados.
- 3) Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada.
- 4) Risco Cirúrgico.
- 5) Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 6) Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 7) Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros.
- 8) Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

O PROCEDIMENTO

- 1) Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- 2) Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
 - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muito pouca água.
 - Diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- 3) Em caso de febre ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- 4) A remoção dos pêlos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- 5) Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

OUTRAS ANOTAÇÃO