

**TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE MIOMECTOMIA**

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao:

( ) Paciente e ou ( ) Responsável \_\_\_\_\_, quanto aos principais aspectos relacionados a **MIOMECTOMIA** 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: A miomectomia é a cirurgia realizada para retirar o mioma (fibroma) do útero.
- 2) Complicações e Riscos: infecções com possibilidade de evolução febril, hemorragias com a possível necessidade de transfusão, hematoma pós operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, lesões de bexiga, uretra ou ureteres, lesões intestinais, fístulas, deiscência da ferida, trombose venosa dos membros inferiores e embolia pulmonar; Dores devido à posição cirúrgica e quelóides (cicatriz espessa e dolorida), hérnias pós-operatórias (abdominais), formação de aderências pélvicas, assim como novas patologia uterinas ou **reaparecimento dos miomas**.
- 3) Informações Pertinentes: a presença de miomatose múltipla e/ou mioma de grande volume e/ou hemorragia importante, independente da técnica do cirurgião, poderão indicar a retirada do útero (histerectomia), o que implica na impossibilidade de engravidar.

**DECLARAÇÃO DO PACIENTE**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_, autorizo a realização da **MIOMECTOMIA** 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 **MIOMECTOMIA** 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. ESTOU CIENTE DE QUE A PRESENÇA DE MIOMATOSE MÚLTIPLA E/OU MIOMA DE GRANDE VOLUME E/OU HEMORRAGIA IMPORTANTE PODERÃO INDICAR A RETIRADA DO ÚTERO (HISTERECTOMIA), O QUE IMPLICA NA IMPOSSIBILIDADE DE ENGRAVIDAR.  
Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas de forma oral e escrita, em linguagem clara e simples por parte de meu médico e sua equipe, e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento. Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **MIOMECTOMIA**, e caso seja necessário, a **HISTERECTOMIA** proposta.  
Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos  
Divinópolis \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Assinatura

**TESTEMUNHAS**

**1ª Testemunha**

**2ª Testemunha**

Nome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

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

CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO**

Declaro ter explicado todo o procedimento de **LAPOAROTOMIA EXPLORATÓRIA** 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 ANOTAÇÕES