

**TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROLAPSO GENITAL**

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 **PROLAPSO GENITAL** 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:** O tratamento para o prolapso genital é cirúrgico e visa à recolocação dos órgãos na posição adequada e ao reforço da musculatura.
- 2) **Complicações e Riscos:** sangramento no intra-operatório, lesão de vasos na área de dissecação do promontório pode acarretar hemorragia grave, necessitando de transfusão, lesão de órgãos adjacentes como a bexiga ou as alças intestinais, retenção urinária, hematomas no local das incisões, seroma pós-operatório, infecção de parede, cavidade abdominal ou pélvica, pulmões (pneumonia, por exemplo), urina (infecção de trato urinário), infecção da tela, necessitando em algumas ocasiões de uma (ou mais) reoperação para a retirada da mesma, erosão (a tela pode corroer a parede da vagina) e descolamento da tela, a saída da tela através da cúpula vaginal ou das paredes vaginais anterior ou posterior, osteomielite – infecção do osso da coluna, infecção pós-operatória local e/ou sistêmica, às vezes necessitando de drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos, deiscência da ferida operatória, quelóides (cicatriz espessa e dolorida), coágulos das veias dos membros inferiores (trombose venosa profunda), embolia pulmonar, morte, edema ou ulcerações nas pernas, temporárias ou permanentes, reações alérgicas de menor ou maior intensidade (choque anafilático), recidiva do prolapso e dor crônica nos locais de incisão.

**DECLARAÇÃO DO PACIENTE**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_, autorizo a realização da **PROLAPSO GENITAL** 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 **PROLAPSO GENITAL** 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 **PROLAPSO GENITAL** 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, estão 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