
 HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO          PARA REALIZAÇÃO DE HISTERECTOMIA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
<b>NOME DO PACIENTE:</b>
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>
<b>CPF OU RG:</b>
<b>NOME DA MÃE DO PACIENTE:</b>
<b>NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:</b>
<b>CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:</b>
<b>MÉDICO:</b>
<b>CRM:</b>

A PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

1. AUTORIZA o médico acima identificado e demais profissionais da sua equipe a executar o procedimento designado por HISTERECTOMIA e todos os procedimentos que o incluem.
2. Fui previamente informada de que a HISTERECTOMIA consiste na RETIRADA DO ÚTERO com ou sem o colo, o que resulta na impossibilidade de gerar filhos e a ausência de menstruação. Além disso, ao procedimento pode também ser associada a retirada dos ovários e das trompas, podendo ser realizada por via abdominal (pela barriga), transvaginal (pela vagina) ou videolaparoscópica.
3. Está ciente o procedimento cirúrgico em questão possui riscos inerentes ao ato, sendo os mais usuais, mas não exclusivos, a ocorrência de: *infecções, associadas ou não a febre, inclusive, sepse – infecção grave; sangramentos com a possível necessidade de transfusão sanguínea (durante ou após a cirurgia); acúmulo de sangue no local da cirurgia (hematoma) no pós operatório, devendo ser feita uma drenagem cirúrgica; lesões de bexiga, uretra ou ureteres e lesões intestinais, sendo necessário cirurgião especializado; fístulas; abertura dos pontos da ferida com perda dos pontos dados, sendo necessário, eventualmente, nova anestesia para refazimento dos pontos que abriram; trombose das veias dos membros inferiores e embolia pulmonar; dores devido à posição cirúrgica; quelóide (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial; vagina curta com dificuldade para ter relação sexual, perda de sensibilidade; perda ou redução da capacidade para o trabalho, dentre outros.*
4. Fui informada que a longo prazo pode ocorrer prolapso (exposição) da cúpula vaginal ou hérnias na parede da barriga, assim como doenças dos ovários restantes quando eles são preservados.
5. Fui informada que consistem em opções terapêuticas a miomectomia (retirada de mioma) para miomas, tratamento hormonal para hemorragias ou endometriose, pesário para prolapso, mas optei pela realização da HISTERECTOMIA, conscientemente.
6. Está ciente que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura ou de obtenção dos resultados esperados, bem como que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o médico a modificar condutas, ciente que cada organismo pode reagir de modo diverso ao tratamento.
7. Autoriza a realização de qualquer outro procedimento emergencial, seja exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, bem como que seja encaminhado para exames complementares, qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento. Confirmando que concordo com os itens acima referidos e

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HISTERECTOMIA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais eventualmente não concordasse.

**8.** Está ciente de que será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.

**9.** Está ciente que, embora a anestesia moderna seja muito segura, não está isenta de riscos. Poderão ocorrer, raramente, problemas cardíacos ou respiratórios, tais como alterações na pressão arterial ou no ritmo cardíaco, podendo ocorrer:

**9.1.** Nos casos de Anestesia Regional (Raquianestesia / Peridural ou Anestesia Combinada Raqui-Peridural) as complicações mais frequentes são dor de cabeça, eventual inflamação no local da punção anestésica ou punção de vasos sanguíneos, náuseas e/ou vômitos, sangramento, prurido (coceira), alterações da sensibilidade cutânea (da pele), parestesias (formigamento) de membros, tremores e tonturas.

**9.2.** Nas situações de Anestesia Geral e ou Sedação poderá ser necessária a manipulação das vias aéreas com ou sem suporte ventilatório, sendo que extraordinariamente poderá também ocorrer comprometimento da arcada dentária, restauração dentária, alterações do nível de consciência intra ou pós-operatória, lapsos de memória, rouquidão e alteração de sensibilidade na língua.

**9.3.** Está ciente que em situações excepcionais, independentemente da técnica anestésica indicada, poderão ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas, ou outros eventos adversos mais raros.


**10.** Está ciente que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados e que todo procedimento cirúrgico, não importa qual, possui risco de MORTE / ÓBITO, independentemente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informada e compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e, por isso, não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas, quanto a resultados.

**11.** Está ciente de que necessita cumprir integralmente as orientações médicas que foram prescritas e de que deve buscar imediatamente atendimento médico caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como febre, sangramento, tontura, abertura de pontos, dor e outros.

**12.** Foi informada dos cuidados pós-cirúrgicos de proteção e de higienização do local da ferida operatória, bem como que foi cientificada de que necessita evitar movimentos e esforços físicos pós-cirurgia, sendo que a retomada das atividades físicas normais somente será possível quando houver expressa autorização médica para isso.

**13.** Autoriza a equipe de enfermagem e médica do HBB a realizar o acompanhamento da evolução do tratamento através de registros fotográficos periódicos, bem como a utilizar essas imagens e dados do tratamento em treinamentos, pesquisas clínicas ou acadêmicas por tempo indeterminado, desde que preservado o sigilo sobre a identidade do paciente. Está ciente que essa autorização pode ser retirada a qualquer tempo por meio de comunicação à equipe de enfermagem.

**14.** Está ciente sobre a possibilidade de retirada deste consentimento para a realização do ato médico, sem que isso implique em qualquer sanção ou impedimento de acesso ao tratamento médico adequado no futuro se mudar de opinião.

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HISTERECTOMIA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

**15.** Este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, inclusive os termos técnicos utilizados, motivo pelo qual assumo conscientemente os riscos inerentes do procedimento e AUTORIZO a sua realização.


Lajeado, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável pelo Paciente**  
Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a): \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

\_\_\_\_\_  
**Médico(a) – Assinatura**

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	<b>FO – UCIH</b>
	<b>ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Esta ficha anexa ao termo de consentimento auxilia a equipe médica e a de enfermagem a realizar o medicamento correto, na dose correta e no momento mais adequado para sua infusão antes da incisão cirúrgica.

O preenchimento é OBRIGATÓRIO para os procedimentos eletivos e possui validade como prescrição médica. A escolha do medicamento deve ser utilizada conforme a recomendação do protocolo de Antibioticoprofilaxia do Hospital Bruno Born.

IDENTIFICAÇÃO		
<b>NOME DO PACIENTE:</b>		
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>		
<b>Peso (kg):</b>		
<b>Alergia a Penicilina/Amoxicilina/Cefalosporinas?    ( ) SIM    ( ) NÃO</b> Em caso de alergia prévia sugere-se o uso do esquema alternativo com Clindamicina com ou sem Gentamicina associado conforme Protocolo de Antibioticoprofilaxia.		
ANTIBIÓTICO EV	DOSE	OUTRA DOSE
CEFAZOLINA (30-60min antes)	2g ( )    3g ( )	
CEFOXITINA (30-60min antes)	2g ( )    3g ( )	
CEFUROXIMA (30-60min antes)	1.5g ( )	
GENTAMICINA (5mg/kg) (60-120 min antes)		
METRONIDAZOL (30-60min antes)	500mg ( )	
CLINDAMICINA (Alérgicos a BetaLactâmicos) (60-120 min antes)	900 mg ( )	
VANCOMICINA (60-120 min antes)	1g ( )    1.5g ( )	
OUTROS:		

Adultos: Cefazolina e Cefoxitina: 2g <120kg e 3g >120kg  
 Vancomicina: 1g < 90kg e 1.5g > 90kg

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo do Cirurgião**