

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE CERCLAGEM DO COLO UTERINO

Este documento tem o objetivo de a paciente expressar sua concordância com a cerclagem do colo uterino, ciente dos cuidados e dos riscos envolvidos. Este documento somente deverá ser assinado se todas as dúvidas tiverem sido esclarecidas. A assinatura no presente documento representa o consentimento da paciente na realização do procedimento e seu comprometimento em seguir as orientações médicas.

Eu, _____,
nascida em _____, _____ (estado civil), portadora
da Cédula de Identidade RG nº _____, inscrita no
CPF/MF sob nº _____, residente na
_____, Cidade
_____, Estado _____, CEP
_____, **manifesto o desejo de ser submetida a cerclagem do colo uterino
por minha livre e espontânea vontade**, a ser realizada pelo(a) Dr(a)
_____, CRM _____, com
consultório à _____
(endereço), telefone (____) _____, e sua equipe.

DECLARO ter sido informada que:

- A cerclagem do colo uterino é uma sutura cirúrgica (pontos), realizada no colo do útero entre 12ª a 16ª semanas de gestação, com objetivo de mantê-lo fechado até o final da gravidez, para reduzir o risco de aborto e/ou parto prematuro.
 - Existem diferentes técnicas para sua realização. A via de abordagem habitualmente é a vaginal, porém, em certos casos, poderá ser realizada por via abdominal, sendo que, em todas, será feito uso de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos são de indicação e responsabilidade exclusiva do médico anestesista.
 - Há situação médica em que o ponto poderá ser retirado.
 - Não existem outras opções de tratamento.
 - Existe a possibilidade de a cirurgia não corrigir integralmente o problema, que independe do paciente ou do médico.
 - Os riscos mais comuns desse procedimento são rotura prematura da bolsa, sangramento, infecção, abortamento, aumento da atividade uterina, irritabilidade do útero, deslocamento da sutura, sendo excepcional a ocorrência óbito.
 - Não há relatos de efeitos colaterais, a longo prazo, descritos na literatura médica.
 - Outras observações:
-

CIENTE de tais informações, DECLARO que:

- Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclareci todas as dúvidas que me ocorreram, estou satisfeita com as informações recebidas e compreendo o alcance e riscos do tratamento.
- Compreendo que sou livre para não consentir com o procedimento, sem qualquer penalização ou sem prejuízo a meu cuidado.
- Concordo e autorizo meu médico a: suspender a realização do procedimento em caso de intercorrência por ocasião da aplicação do anestésico, que implique em aumento do risco cirúrgico; realizar, durante minha internação, todos os atos necessários para preservar minha vida, inclusive transfusão de sangue; modificar a técnica cirúrgica definida, caso ocorra algum fato inesperado, para o melhor resultado.
- Estou ciente de que a presente manifestação de vontade não é um contrato ou uma garantia de sucesso do procedimento, e isento de responsabilidade o(a) Dr(a). _____ de eventual evento adverso não ligado diretamente à sua atuação.
- Estou ciente de que, a qualquer momento anterior ao procedimento, poderei revogar o consentimento que agora presto.
- Outras observações:

Após atenta leitura, é de minha vontade autorizar a realização da cerclagem do colo uterino, estando plenamente esclarecida dos benefícios e dos riscos dessa intervenção, bem como assumo a responsabilidade de cumprir fielmente todas as recomendações feitas pelo médico e sua equipe.

_____, ____ de _____ de _____.
(Cidade)

(Assinatura da paciente)

(Assinatura do médico)

Observação: Este Termo deve ser preenchido em três vias originais, devendo ser todas assinadas pelo médico e pela paciente. A primeira via deve ser arquivada no prontuário da paciente, a segunda via deve ser entregue à paciente e a terceira, à operadora de plano de saúde, se necessário.