

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) HISTERECTOMIA + OOFORECTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.017 Página 1 de 5
---	---	---

Este Termo de Consentimento Informado tem por objetivo informar ao paciente e/ou ao seu responsável/representante legal, quanto aos principais aspectos (definição, objetivos, benefícios, riscos, efeitos colaterais e complicações) do procedimento de **HISTERECTOMIA + OOFORECTOMIA** a qual o paciente será submetido pela equipe médica do Hospital Unimed em Petrolina. Ressalta ainda que, caso o paciente seja menor de 18 anos, portador de doença física ou mental que comprometam o entendimento, pessoa inconsciente ou severamente debilitada, a responsabilidade de autorização será do familiar responsável (pai,mãe) ou responsável legal.

Definição: Histerectomia é o nome da cirurgia para a remoção do útero e ooforectomia é a cirurgia para a remoção de um ou ambos os ovários. Após a histerectomia, a mulher não poderá mais engravidar e não terá mais menstruação. Existem diferentes tipos de histerectomia, dependendo da extensão da remoção dos órgãos reprodutivos:

- Histerectomia total: Remoção do útero e do colo do útero.
- Histerectomia subtotal: Remoção apenas do corpo do útero, mantendo o colo do útero.
- Histerectomia radical: Remoção do útero, colo do útero, parte da vagina, tecidos e linfonodos próximos.
- Ooforectomia unilateral: apenas um ovário é retirado.
- Ooforectomia bilateral: os dois ovários são removidos.

Objetivo: O objetivo principal é tratar diversas condições ginecológicas, como sangramentos uterinos anormais, miomas, adenomiose, endometriose, câncer de útero e certas complicações durante a gravidez.

Como é feito?

A cirurgia pode ser realizada por diferentes abordagens cirúrgicas:

- Videolaparoscopia: técnica minimamente invasiva com pequenas incisões.
- Laparotomia: cirurgia aberta com corte maior no abdômen.
- Cirurgias robótica: mais precisa, com controle por sistema robótico

Indicações do procedimento: As principais indicações são:

- Câncer ginecológico: como câncer de ovário, endométrio ou colo do útero, onde a remoção completa dos órgãos reprodutivos reduz o risco de disseminação.
- Endometriose profunda: quando há acometimento do útero e ovários, causando dor crônica e comprometimento funcional.
- Miomas uterinos volumosos: que causam sangramentos intensos e dor, especialmente se associados a alterações ovarianas.
- Adenomiose: forma de endometriose que afeta a musculatura uterina e pode coexistir com alterações ovarianas.
- Prolapso uterino: quando o útero desce pelo canal vaginal, e há necessidade de remoção dos ovários por idade ou risco hormonal.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) HISTERECTOMIA + OOFORECTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.017 Página 2 de 5
---	--	---

- **Mutação genética (BRCA1/BRCA2):** em mulheres com alto risco de câncer de ovário e mama, a cirurgia pode ser preventiva.
- **Sangramento uterino anormal:** persistente e refratário a tratamentos clínicos, especialmente em mulheres próximas à menopausa.

Benefícios: A cirurgia pode aliviar esses problemas e melhorar a qualidade de vida, além de ser uma medida preventiva ou curativa em casos de câncer ginecológico.

Riscos e Complicações: São riscos inerentes ao procedimento infecções, associadas ou não a febre; sangramentos com a possível necessidade de transfusão sanguínea (durante ou após a cirurgia); acúmulo de sangue no local da cirurgia (hematoma) no pós operatório, havendo risco de 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. Fui informada que a longo prazo pode ocorrer prolapso (exposição) da cúpula vaginal ou hérnias na parede da.

O que pode acontecer se não realizar o procedimento: Pode implicar em retardo do tratamento ou em piora clínica.

Cuidados que a paciente deve adotar durante o internamento hospitalar:

Cuidados com a ferida cirúrgica:

- **Limpeza:** Mantenha a área da incisão limpa e seca, lavando com água e sabão neutro e secando cuidadosamente com uma toalha limpa.
- **Curativos:** Siga as orientações do médico sobre a troca e cuidados com os curativos.
- **Evite banhos de imersão:** Evite banhos de banheira, piscinas e outros locais onde a ferida possa ficar submersa até a completa cicatrização.

Repouso e atividades:

- **Repouso:** É fundamental respeitar o período de repouso recomendado pelo médico, que pode variar de algumas semanas a alguns meses, dependendo do tipo de histerectomia e da recuperação individual.
- **Evite esforços:** Evite levantar peso, fazer atividades físicas intensas e relações sexuais durante o período de recuperação.
- **Pequenas caminhadas:** Após a alta hospitalar, caminhar levemente dentro de casa pode ajudar a prevenir complicações como trombose, mas evite esforços excessivos.
- **Retomada gradual:** A retomada das atividades diárias deve ser gradual. É recomendado evitar atividades intensas por pelo menos 45 dias e aguardar 90 dias para a cicatrização completa dos tecidos.

Alimentação:

- **Alimentação equilibrada:** Mantenha uma dieta variada e rica em fibras, como frutas, verduras e cereais, para promover o bom funcionamento intestinal.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) HISTERECTOMIA + OOFORECTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.017 Página 3 de 5
---	---	---

- **Hidratação:** Beba bastante líquido, especialmente água, para ajudar na recuperação e evitar a constipação

Outros cuidados:

- **Medicamentos:** Siga rigorosamente a prescrição médica para o uso de analgésicos e outros medicamentos necessários para o controle da dor e outros sintomas.
- **Controle da dor:** A dor é comum no pós-operatório, mas pode ser gerenciada com medicamentos prescritos pelo médico.
- **Acompanhamento médico:** Compareça às consultas de acompanhamento para avaliação da cicatrização, controle de sintomas e detecção de possíveis complicações.
- **Sintomas de alerta:** Fique atenta a sinais de infecção, como febre, vermelhidão na ferida, dor intensa ou secreção, e procure assistência médica imediatamente.
- **Recuperação sexual:** Converse com seu médico sobre a retomada da atividade sexual e utilize lubrificantes, se necessário, para evitar desconforto.

É importante lembrar que a recuperação de uma histerectomia pode variar de mulher para mulher. Seguir as orientações médicas e manter um acompanhamento adequado são fundamentais para uma recuperação segura e eficaz.

DECLARO QUE:

1. Após a realização da devida avaliação médica fui informado da necessidade e indicação do procedimento denominado histerectomia;
2. Recebi todas as informações necessárias relacionadas ao procedimento, tais como: definição, como será feito, benefícios, possíveis intercorrências e eventuais complicações. Tudo foi devidamente esclarecido. Todas as minhas perguntas foram detalhadamente respondidas e as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente;
3. Fui esclarecido que, em decorrência de situações ainda não diagnosticadas ou de complicações emergenciais, inesperadas e não discutidas ou previstas, poderá ser necessário procedimento cirúrgico;
4. Tenho consciência que, apesar da evolução da medicina e da perícia do médico, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo de procedimento pode ter complicações inesperadas, risco de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte;
5. Prestei ao médico todas as informações relativas à saúde e hábitos do paciente, presentes e passadas, clínicas e cirúrgicas, inclusive as medicações em uso ou já utilizadas, e fui avisado que qualquer omissão ou informação equivocada poderá trazer graves prejuízos ou comprometer o resultado do tratamento;
6. Estou plenamente informado e satisfeito com as informações recebidas e sei que poderei esclarecer quaisquer novas dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento;
7. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento ou parte dele, que especificarei, desistindo do tratamento, desde que não haja risco de vida. Desta forma,

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) HISTERECTOMIA + OOFORECTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.017 Página 4 de 5
---	--	---

diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização de **HISTERECTOMIA**. Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) HISTERECTOMIA + OOFORECTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.017
		Página 5 de 5

**LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTE TERMO,
AUTORIZO EXPRESSAMENTE O PROCEDIMENTO PROPOSTO.**

PACIENTE
1. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado. 2. Em havendo necessidade de hemotransfusão sanguínea, qual a sua opção: ☐ ACEITO receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, caso a equipe médica considere necessário para meu tratamento, estando ciente dos benefícios, riscos e alternativas explicadas. ☐ RECUSO receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, mesmo que isso possa comprometer minha saúde ou colocar minha vida em risco, por motivos pessoais, religiosos ou outros. Declaro estar ciente das possíveis consequências da recusa e assumo total responsabilidade por essa decisão. Paciente: _____ Responsável (Grau de Parentesco): _____ RG: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____
MÉDICO
Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____