

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) HISTERECTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.018 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** 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: É o nome da cirurgia para a remoção do útero. 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.

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 histerectomia pode ser realizada por diferentes abordagens cirúrgicas:

- Histerectomia abdominal: Remoção do útero através de uma incisão no abdômen.
- Histerectomia vaginal: Remoção do útero através da vagina.
- Histerectomia laparoscópica: Remoção do útero através de pequenas incisões no abdômen com o auxílio de uma câmera e instrumentos especializados.
- Histerectomia robótica: Uma variante da histerectomia laparoscópica, onde o cirurgião utiliza um sistema robótico para maior precisão e controle.

Indicações do procedimento: As principais indicações são:

- Doenças benignas:
 - Miomas uterinos: Tumores benignos que podem causar sangramento excessivo, dor pélvica ou pressão em outros órgãos.
 - Endometriose: Crescimento do tecido endometrial fora do útero, causando dor e sangramento anormal.
 - Adenomiose: Crescimento do tecido endometrial dentro da parede muscular do útero, causando sangramento e dor.
 - Prolapso uterino: Deslocamento do útero para o canal vaginal, causando desconforto e incontinência.
 - Hemorragia uterina anormal: Sangramento excessivo e prolongado que não responde a outros tratamentos.
 - Dor pélvica crônica: Dor persistente na região pélvica que não melhora com outras terapias.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) HISTERECTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.018 Página 2 de 5
---	---	---

- Doenças malignas:
 - Câncer de útero: Câncer do endométrio (revestimento interno do útero) ou do colo do útero.
 - Câncer de ovário: Câncer nas trompas de Falópio.
- Outras indicações:
 - Complicações durante a gravidez: Como placenta acreta, hemorragia pós-parto, rotura uterina, entre outros.
 - Infecções graves: Doença inflamatória pélvica que não responde a antibióticos.
 - Transição de gênero: Em alguns casos de transição de gênero, a histerectomia pode ser uma opção.

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. Foi 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.

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.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) HISTERECTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.018 Página 3 de 5
---	--	---

- **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.
- **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;

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) HISTERECTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.018 Página 4 de 5
---	---	---

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, 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	Padrão nº: FOR.GOV.018
		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: ____:____