

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) OOFORECTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.022 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 **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: é a cirurgia para a remoção de um ou ambos os ovários. Após a ooforectomia, ocorre alterações significativas no corpo da mulher, principalmente devido à interrupção da produção de hormônios como estrogênio e progesterona. Essas alterações são semelhantes às que ocorrem na menopausa natural, mas podem ser mais abruptas e intensas. Existem diferentes tipos de ooforectomia:

- Ooforectomia unilateral: apenas um ovário é retirado.
- Ooforectomia bilateral: os dois ovários são removidos.

Objetivo: realizar o tratamento de condições ovarianas, como cistos, tumores e câncer, e a redução do risco de desenvolvimento de câncer, especialmente em mulheres com histórico familiar.

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.
- Cirurgia 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.
- Cistos ou tumores ovarianos: crescimentos anormais nos ovários, podendo ser benignos ou malignos.
- Torção ou necrose do ovário: quando o ovário gira em torno dos ligamentos que o sustentam, interrompendo o fluxo sanguíneo.
- Prevenção de câncer em mulheres com mutações genéticas (BRCA1/BRCA2).

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 de ovário.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) OOFORECTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.022 Página 2 de 5
---	---	---

Riscos e Complicações:

- Infecção: Pode ocorrer no local da incisão ou em órgãos próximos.
- Sangramento: Pode ser excessivo durante ou após a cirurgia.
- Lesão de órgãos adjacentes: Bexiga, intestino, ureter e vasos sanguíneos podem ser danificados durante a cirurgia.
- Reações à anestesia: Reações alérgicas, problemas respiratórios e complicações cardiovasculares são possíveis.
- Coágulos sanguíneos: A formação de coágulos pode ocorrer nas pernas ou pulmões.
- Síndrome do ovário remanescente: Se algumas células ovarianas permanecerem no corpo após a cirurgia, podem causar sintomas como dor pélvica.
- Ruptura do tumor: Se o tumor for cancerígeno, pode haver disseminação de células cancerígenas.
- Infertilidade: A remoção de ambos os ovários causa infertilidade.
- Menopausa precoce: A remoção dos ovários leva à menopausa precoce, com seus sintomas como ondas de calor, ressecamento vaginal e diminuição da libido.
- Risco aumentado de doenças cardíacas e osteoporose: A falta de estrogênio após a remoção dos ovários pode aumentar o risco dessas doenças a longo prazo.
- Problemas cognitivos: Alguns estudos indicam que a ooforectomia pode afetar a memória e outras funções cognitivas.
- Problemas de humor: Depressão e ansiedade podem ocorrer após a remoção dos ovários.

Importante: É crucial discutir todos os riscos e benefícios da ooforectomia com o seu médico antes de tomar uma decisão. A avaliação individualizada do risco-benefício é fundamental para garantir a segurança e o bem-estar da paciente

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

Cuidados a serem tomados pelo paciente após a realização do procedimento:

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.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) OOFORECTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.022
		Página 3 de 5

- **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
- **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 ooforectomia 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 ooforectomia;
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;

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) OOFORECTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.022 Página 4 de 5
---	--	---

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, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização de **OOFORECTOMIA**. 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) OOFORRECTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.022 Página 5 de 5
---	---	---

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

PACIENTE
1. Confirmando 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: ____:____