

CONSENTIMENTO INFORMADO

HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.

Eu, _____
Identidade n°: _____ Órgão expedidor: _____,
declaro que estou devidamente informado(a) que a cirurgia à qual vou me
submeter será a HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA.

DEFINIÇÃO: modalidade cirúrgica empregada para o tratamento de alterações da cavidade uterina.

TIPO DE CIRURGIA: é feita por via vaginal, sem corte externo, com alta hospitalar precoce (no mesmo dia), rápida recuperação.

INDICAÇÕES: remoção de DIU perdido, retirada de pólio cervical ou endometrial, retirada de mioma sub-mucoso, correção de septo e sinéquia uterina, ablação endometrial.

COMPLICAÇÕES:

1. Laceração e sangramento
2. Reação alérgica
3. Hipervolemia;
4. Hiponatremia;
5. Encefalopatia;
6. Edema pulmonar;
7. Perfuração uterina;
8. Lesão térmica de alça intestinal.

Assinatura do paciente/responsável (*)

Assinatura/CRM/carimbo do médico
responsável pelo Termo de
Consentimento

