

**“CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO”  
PARA REALIZAÇÃO DE MIOMECTOMIA**

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Tel.:( ) \_\_\_\_\_ CI/CPF: \_\_\_\_\_

Declaro que recebi do Dr(a): \_\_\_\_\_,  
CRM n.º: \_\_\_\_\_ todas as informações pertinentes ao procedimento  
médico de MIOMECTOMIA que consiste na extirpação dos miomas uterinos.

Declaro, ainda, estar devidamente informada dos riscos presentes ao referido  
ato cirúrgico, bem como de complicações inerentes ao quadro, especialmente:  
Infecções com possibilidade de evolução febril; hemorragias com a possível  
necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória); hematoma pós-operatório,  
isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feita uma drenagem  
cirúrgica; lesões de bexiga, uretra ou ureteres; lesões intestinais, sendo  
necessário cirurgião especializado; fístulas; deiscência (abertura dos pontos)  
da ferida com perda dos pontos dados, sendo necessário, eventualmente, nova  
anestesia para refazer os pontos que abriram; trombose venosa dos membros  
inferiores e embolia pulmonar; dores devido à posição cirúrgica e quelóides  
(cicatriz espessa e dolorida).

Fui informado (a) ainda, que, em longo prazo, podem ocorrer hérnias pós-  
operatórias (abdominais), formação de aderências pélvicas, assim como novas  
patologias uterinas ou RECIDIVAS (reaparecimento) DOS MIOMAS.

E ainda, que existem outras possíveis opções terapêuticas expostas, como por  
exemplo: tratamento hormonal para hemorragias, embolização miomas ou uso  
de prévio de análogos ou histerectomia, mas foi optado pela MIOMECTOMIA.

A retirada dos miomas poderá ser realizada pela abertura abdominal  
(laparotomia) ou através de laparoscopia. Se, durante o procedimento, o  
médico cirurgião tomar conhecimento de condições que, até o presente  
momento, não eram aparentes, a equipe médica poderá variar a técnica  
cirúrgica programada.

**A PRESENÇA DE MIOMATOSE MÚLTIPLA E/OU MIOMA DE GRANDE  
VOLUME E/OU HEMORRAGIA IMPORTANTE PODERÃO INDICAR A  
RETIRADA DO ÚTERO (HISTERECTOMIA), O QUE IMPLICA NA  
IMPOSSIBILIDADE DE ENGRAVIDAR.**

Assim, declaro que estou satisfeito (a) com as informações recebidas de forma  
oral e escrita, em linguagem clara e simples por parte de meu médico e sua  
equipe, e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a  
HISTERECTOMIA proposta.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/responsável (\*)

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