

**Consentimento pós-informado para realização de
Histeroscopia cirúrgica para biópsia dirigida**

Paciente: _____
Endereço: _____
Tel: () _____ CI/CPF: _____

Declaro que recebi do (a) Dr.(a) _____,
CRM: _____ todas informações pertinentes à HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA,
que consiste na endoscopia da cavidade uterina para realização de biópsia de lesões do
canal cervical ou do endométrio, sendo este um procedimento que visa o esclarecimento
diagnóstico.

Declaro, ainda, estar devidamente informada dos riscos presentes à referida
cirurgia, bem como de complicações inerentes ao quadro, especialmente:
impossibilidade de realizar o procedimento, devido a estenose acentuada do canal
cervical; lacerações do colo uterino, podendo necessitar de sutura; perfuração uterina
durante a dilatação do colo ou durante o procedimento, podendo necessitar de
laparotomia (abertura do abdome); passagem de grande quantidade de líquido para a
corrente sanguínea, com quadro de intoxicação hídrica e edema pulmonar; infecções;
hemorragias; lesões de estruturas intra-abdominais, no caso de perfuração uterina,
podendo necessitar de correção cirúrgica das mesmas.

Fui informada, ainda que, o diagnóstico definitivo da lesão só será possível após
o estudo anátomo-patológico da peça.

Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas de forma oral,
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 HISTEROSCOPIA
CIRÚRGICA proposta.

Assinatura: _____
Local e data: _____
Responsável: _____
Dados do responsável: _____

Testemunhas: 1- _____
2- _____