

DOCUMENTO DE "CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO" - PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO

PROCEDIMENTO INFORMADO - LAPAROTOMIA EXPLORADORA

DECLARANTE

Nome:..... Idade: :.....

Endereço:

Tel.: (.....) :..... Identidade n.º: : Órgão Expedidor:

Data de emissão:

OBS.: No caso do declarante não ser o paciente, deve-se preencher os dados do paciente.

PACIENTE

Nome:..... Idade:

Endereço:

Tel.: (.....) :..... Identidade n.º:..... Órgão Expedidor:

Data de emissão:

DECLARO que o doutor **CRM n.º:**.....

Instituição: **Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de:**

..... **(em minha pessoa ou no paciente supra mencionado) ser conveniente e indicado proceder LAPAROTOMIA EXPLORADORA.**

Esclareceu-me que: **1.** Tendo em vista as explorações efetuadas e ante a dificuldade para se chegar a um diagnóstico correto, através dos citados procedimentos, **considera deva ser realizada Laparotomia Exploradora.** **2.** A laparotomia requer anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia. **3.** A laparotomia só pode ser realizada por via abdominal. A intervenção consiste em abertura da cavidade abdominal e revisão dos órgãos abdominais e pélvicos. Segundo o achado cirúrgico, se fará ou não biópsia intra-operatória. Dependendo do resultado desta, se decidirá o tipo de intervenção, que poderá ser: **a)** Extirpação do útero, trompas, ovários, cadeias ganglionares, assim como outras estruturas que estejam indicadas (apêndice, epiplon, etc.); **b)** Cirurgia redutora; **c)** A cirurgia poderá ficar somente reduzida a uma biópsia. **4.** Toda peça operatória ou material extirpado será enviado para completar o estudo anatomopatológico. **5.** Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade.) traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos como cirúrgicos, assim como um mínimo percentual de mortalidade. **6.** As complicações da intervenção cirúrgica podem ser: **a)** Infecções com possibilidade de evolução febril (urinárias, de parede abdominal, pélvicas); **b)** Hemorragias com a possível necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória); **c)** Lesões vesicais e/ou uretais; **d)** Lesões intestinais; **e)** Fístulas. A longo prazo poderá ocorrer prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, hérnias pós-laparotômicas (abdominais), assim como patologia de ovários restantes quando se conservam os mesmos. Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. **Por tal razão e nestas condições CONSINTO que se realize a LAPAROTOMIA EXPLORADORA proposta.** Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Local e data:.....

.....
Médico

.....
Paciente ou Representante ou Responsável

TESTEMUNHAS:

.....

.....

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: / / e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado. Local e data:

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável