

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA (CAF) E CONIZAÇÃO A FRIO

Paciente: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Responsável Legal: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

*Preencher se paciente for menor ou incapaz.*

Declaro que recebi explicações claras, suficientes e em linguagem acessível sobre o procedimento denominado Cirurgia de Alta Frequência (CAF) e/ou Conização a Frio, indicado para diagnóstico e/ou tratamento de alterações do colo uterino. Fui informado(a) de que o procedimento consiste na retirada de parte do colo uterino por via vaginal, utilizando aparelho de alta frequência (“Wavetronic” ou bisturi de alta frequência) ou bisturi a frio, com finalidade diagnóstica e/ou terapêutica.

Estou ciente de que, durante a realização do procedimento, poderão ser identificadas alterações não detectadas previamente pelos exames realizados, podendo haver necessidade de adoção de condutas adicionais durante ou após o procedimento. Fui esclarecido(a) de que nenhum procedimento médico é isento de riscos e que podem ocorrer complicações gerais relacionadas a procedimentos invasivos, tais como sangramento, infecção, dor, reações alérgicas, complicações anestésicas, alterações cardiovasculares e respiratórias, necessidade de internação, necessidade de nova intervenção cirúrgica e, ainda que raramente, complicações graves e risco de morte.

Também fui informado(a) sobre as possíveis complicações específicas do procedimento, incluindo sangramento vaginal após a cirurgia, infecção local, cicatrização inadequada, estenose ou estreitamento do canal cervical, podendo ocasionar dificuldade para engravidar ou infertilidade. Estou ciente de que, nos casos em que houver retirada maior de tecido, poderá ocorrer enfraquecimento ou insuficiência do colo uterino, aumentando o risco de abortamento tardio e/ou parto prematuro em futuras gestações. Fui ainda esclarecido(a) de que poderá ocorrer persistência ou recorrência da lesão, podendo ser necessário novo procedimento, tratamento complementar ou acompanhamento contínuo.

Compreendi que o material retirado será encaminhado para exame anatomopatológico e que o resultado poderá indicar necessidade de tratamentos adicionais, seguimento médico periódico ou novas intervenções. Fui informado(a) de que o sucesso do tratamento também depende do correto acompanhamento médico posterior, incluindo comparecimento às consultas de retorno e realização dos exames de controle solicitados.

Declaro ter informado ao(à) médico(a) todas as condições relevantes sobre meu estado de saúde, incluindo doenças pré-existentes, alergias, uso contínuo de medicamentos, uso de anticoagulantes, cirurgias anteriores, bem como gravidez ou suspeita de gravidez. Estou ciente da importância de seguir rigorosamente as orientações médicas pré e pós-operatórias, e uso correto das medicações prescritas.

Autorizo a realização dos procedimentos complementares que se fizerem necessários em decorrência de intercorrências ou achados imprevistos durante o ato médico, visando à preservação da minha saúde e integridade física.

Declaro que tive oportunidade de fazer perguntas, que todas foram satisfatoriamente respondidas e que compreendi adequadamente as informações recebidas. Estou ciente de que a medicina não oferece garantia absoluta de cura ou resultado, não podendo o(a) médico(a) assegurar resultado específico quanto ao tratamento realizado.

Por fim, declaro, de forma livre, consciente e esclarecida, que autorizo a realização do procedimento acima descrito, estando plenamente ciente dos seus riscos, benefícios, limitações e possíveis complicações.

Guanhães/MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente/Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico

