

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA HISTEROSCOPIA

Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____ RG: _____

Fui devidamente informada de que a histeroscopia é um procedimento médico que permite a visualização direta da cavidade uterina por meio de um instrumento óptico denominado histeroscópio, introduzido através do colo do útero.

O procedimento foi indicado com a finalidade de investigação diagnóstica e/ou terapêutica, podendo ser utilizado para avaliação e tratamento de condições como sangramento uterino anormal, infertilidade, abortamentos de repetição, pólipos endometriais, miomas submucosos, sinéquias uterinas, alterações do endométrio, retirada de corpos estranhos ou outros achados que se façam necessários, conforme avaliação médica.

Fui esclarecida de que a histeroscopia pode ser realizada com ou sem anestesia, conforme indicação médica, e que durante o exame poderá ser utilizada solução líquida para distensão da cavidade uterina, permitindo melhor visualização. Caso sejam identificadas alterações, poderá ser realizada intervenção terapêutica no mesmo ato, se previamente indicado.

Apesar de ser considerado um procedimento seguro, a histeroscopia envolve riscos inerentes a qualquer intervenção médica. Podem ocorrer dor ou desconforto pélvico, cólicas uterinas e sangramento vaginal leve após o procedimento. Em situações menos frequentes, podem surgir infecção uterina ou pélvica, perfuração do útero, reações adversas à anestesia quando utilizada, alterações relacionadas ao uso de líquidos para distensão da cavidade uterina e, raramente, necessidade de procedimentos adicionais. Estou ciente de que, mesmo com a adoção de todas as medidas de segurança e técnica adequada, complicações podem ocorrer de forma imprevisível.

Declaro que recebi explicações claras, compreensíveis e suficientes sobre o procedimento de histeroscopia, suas indicações, benefícios, riscos e possíveis complicações. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas, estando ciente de que posso revogar este consentimento a qualquer momento antes da realização do procedimento, sem prejuízo do meu atendimento.

Assim, AUTORIZO, de forma livre e esclarecida, a realização da histeroscopia conforme indicado pelo(a) médico(a) responsável.

Guanhães, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

Assinatura do Médico