

Documento Informado Para Procedimentos Clínicos
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL (HTA)
Serviço de Ginecologia e Obstetria
Hospital de São Francisco Xavier, CHLO

☒ com remoção de ovários e trompas (anexectomia bilateral) (A+B) ☐ com conservação

Confirmo que expliquei à pessoa acima indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento, respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Procedimento proposto:

A remoção do útero conduzirá a uma infertilidade definitiva. No caso de conservação dos ovários antes da menopausa, a função hormonal, salvo excepções, não sofrerá alterações. No caso de anexectomia bilateral antes da menopausa, tal implicará uma menopausa imediata, cirúrgica, com as implicações pela privação de estrogénios.

Benefícios: dependendo da indicação cirúrgica, discutida individualmente com cada doente.

Riscos Sérios:

- Lesão da bexiga e/ou ureter (7 mulheres em cada 1000) e/ou alterações do funcionamento da bexiga a longo prazo (raro)
- Lesão do intestino (4:10000 – raro)
- Hemorragia com necessidade de transfusão de componentes do sangue (23:1000 – comum)
- Reintervenção cirúrgica (7:1000 – raro)
- Abscesso pélvico/infecção (2:1000 – raro)
- Trombose venosa ou embolismo pulmonar (4:1000 – raro)
- Risco de morte até 6 semanas pos-cirurgia (32:100000 – raro)

Riscos Frequentes:

- Infecção da ferida operatória, hematoma, demora na cicatrização da ferida ou formação de quelóide
- Sensação de dormência, picadas ou queimadura (normalmente autolimitada mas pode demorar semanas a meses a resolver)
- Infecção do trato urinário, alterações da frequência da micção
- Falência ovárica mesmo com conservação dos ovários

Procedimentos que poderão ser necessários: transfusão de componentes do sangue; correcção de lesões da bexiga, intestino e vascular; remoção de anexo (ovário e/ou trompa)

Nome legível do profissional de saúde: [Redacted]

Data: 10/05/20

Assinatura, nº de cédula profissional ou nº mecanográfico: [Redacted]

À pessoa/representante [Redacted]

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento! Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assinamos.

Declaro ter compreendido os objectivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre esta proposta. Autorizo o ato cirúrgico, bem como os procedimentos directamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Se não for o próprio a assinar por idade ou incapacidade:

Assinatura: [Redacted]

Nome: _____

Doc identificação nº: _____

Gravidade parentesco ou tipo de documento: _____, validade ____/____/____