



Dra. Lilian Aragão

CRM - 52.81979 - 4

Ginecologista e Obstetra

Cirurgia Minimamente Invasiva e Uroginecologia

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA

Declaro que recebi da **Dra. Lilian de Carvalho Aragão, CRM 52.81979-4**, todas as informações pertinentes à **histeroscopia diagnóstica**, que consiste na observação do interior da cavidade uterina através de uma ótica introduzida pelo canal cervical. E que para isso a distensão da cavidade uterina é feita com soro fisiológico.

Declaro, ainda, estar devidamente informada dos riscos inerentes ao procedimento, especialmente: impossibilidade de realizar o procedimento devido a estenose acentuada do canal cervical; lacerações do colo uterino, podendo necessitar de sutura; infecções; hemorragias; problemas cardiovasculares e respiratórios; perfuração uterina, com possibilidade de lesões de estruturas intra-abdominais, podendo necessitar de correção cirúrgica das mesmas.

Fui informado que as lesões diagnosticadas podem precisar de estudo histopatológico, o que demanda a realização de biópsia. Esta pode ser realizada no momento do exame com a utilização de pinça ou cureta, ou através de histeroscopia cirúrgica.

Assim, declaro, que me foi esclarecido com clareza todas minhas dúvidas, que estou satisfeito com as informações e que compreendi os riscos e benefícios do procedimento diagnóstico.

Entendi que posso revogar este consentimento, a qualquer hora antes da realização do exame, objeto deste documento.

Eu, _____,
RG nº _____, consinto, através deste, a médica supracitada a realização da histeroscopia diagnóstica e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis conhecidos na atualidade pela medicina e disponíveis no local onde irá se realizar o procedimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura da paciente

Assinatura do médico

Revogação (____ / ____ / ____):

Assinatura da paciente

Assinatura do médico