

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável

\_\_\_\_\_, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a)

assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/PR sob

o n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **HISTEROSSALPINGOGRAFIA (HSG)** e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o exame de imagem antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** Este exame é normalmente utilizado para examinar exaustivamente o útero e as trompas de Falópio. A histerossalpingografia (HSG) consiste numa radiografia do útero (histero) e das trompas (salpingo). Através da combinação do exame radiológico com o líquido de contraste que é introduzido através dos órgãos reprodutores da mulher, a HSG constitui o melhor método para observar o funcionamento interno dos órgãos.

**INDICAÇÃO:** A histerossalpingografia permite ao médico verificar se as tubas uterinas estão dilatadas ou obstruídas. Este exame permite ainda uma avaliação da dimensão, da forma e da estrutura do útero.

**REALIZAÇÃO DO EXAME:** A histerossalpingografia é normalmente realizada na secção de radiologia e demora aproximadamente 20 minutos. A radiografia em si é muito rápida, mas os preparativos, nomeadamente a introdução dos instrumentos, demoram mais tempo. Este exame implica a utilização de vários instrumentos. Porém, o primeiro passo é sempre igual: é introduzido um espéculo e o colo uterino é desinfetado. Seguidamente, é utilizado um pequeno par de fórceps para imobilizar o colo uterino, o que pode provocar uma sensação de picada.

Depois, com a ajuda de outro instrumento, é introduzido um contraste radiológico, oleoso ou aquoso, no útero através do colo uterino. Quando a pressão aumenta, este líquido desloca-se ao longo das trompas de Falópio e eventualmente até a cavidade abdominal, o que permite examinar a forma e a estrutura da cavidade uterina, bem como verificar se as trompas de Falópio estão ou não obstruídas. **Pouco a pouco**, vão sendo realizadas várias radiografias para acompanhar o percurso do líquido; os resultados são chamados frequentemente de "*fill and spill*", dado que o líquido de contraste enche ("*fill*") a cavidade e espalha-se ("*spill*") através das extremidades das trompas, confirmando se estas se encontram obstruídas (ou não). Durante o exame, as trompas podem por vezes contrair-se, criando uma falsa imagem de obstrução. Por este motivo, os resultados só serão conclusivos se o exame decorrer normalmente. Se a HSG revelar anomalias, será posteriormente realizada uma operação visual para confirmar ou refutar os resultados.

### **COMPLICAÇÕES:**

- cólicas (semelhantes às dores menstruais)
- hemorragia vaginal (geralmente de curta duração)
- tonturas ou, por vezes, desmaio mas de curta duração

Em casos muito raros, poderão surgir complicações, tais como:

- reação alérgica ao contraste
- Infecção

Por vezes, são receitados antibióticos para evitar infecções resultantes do exame. A paciente poderá ser também aconselhada a tomar previamente um analgésico (por ex. ibuprofeno), que reduzirá o desconforto. Em alguns casos há um "efeito secundário" favorável, devido à HSG, porque existem indícios de que o próprio exame aumenta a fertilidade, especialmente se for utilizada uma solução à base de óleo e não de água. Segundo os especialistas, a HSG pode desobstruir e possivelmente distender as trompas de Falópio, estimular os seus cílios ou melhorar a qualidade do muco cervical. Os médicos estão atualmente a investigar mais aprofundadamente este fenómeno.

Peso: \_\_\_\_\_ kg

| Perguntas   | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| Já fez algum exame radiológico com contraste iodado intravenoso ou no qual tenha sido feita injeção intravenosa antes de fazer o exame? |     |     |
| O Sr(a) já teve alguma reação ou antecedentes de alergia?   |     |     |
| Tem alergia a algum alimento? (peixe, camarão, carne de porco, ovos, chocolates, etc ....)  |     |     |
| Tem alergia a iodo e/ou seus derivados?   |     |     |
| Fez ou faz tratamento de alguma doença? Qual?   |     |     |
| Tem asma, bronquite ou chiadeira?   |     |     |
| Toma remédio para diabetes? (glicoformin ou glifage – metformina)   |     |     |
| Realizou cirurgias anteriores?  |     |     |
| Portador de insuficiência renal?  |     |     |

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos a qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **HISTEROSSALPINGOGRAFIA** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

| <b>Deve ser preenchido pelo médico assistente</b>  |                            |
|--|----------------------------|
| <p>Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p> |                            |
| Nome do médico _____   | Assinatura _____ CRM _____ |

| <b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b> |   |
|------------------------------------|---|
| Assinatura do(a) paciente _____    | Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____ |
| RG Nº _____                        | RG Nº _____                                   |
| NOME _____                         | NOME _____                                    |

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.  
1ª via do Paciente.**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável \_\_\_\_\_, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/PR sob

o n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **HISTEROSSALPINGOGRAFIA (HSG)** e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o exame de imagem antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** Este exame é normalmente utilizado para examinar exaustivamente o útero e as trompas de Falópio. A histerossalpingografia (HSG) consiste numa radiografia do útero (histero) e das trompas (salpingo). Através da combinação do exame radiológico com o líquido de contraste que é introduzido através dos órgãos reprodutores da mulher, a HSG constitui o melhor método para observar o funcionamento interno dos órgãos.

**INDICAÇÃO:** A histerossalpingografia permite ao médico verificar se as tubas uterinas estão dilatadas ou obstruídas. Este exame permite ainda uma avaliação da dimensão, da forma e da estrutura do útero.

**REALIZACAO DO EXAME:** A histerossalpingografia é normalmente realizada na secção de radiologia e demora aproximadamente 20 minutos. A radiografia em si é muito rápida, mas os preparativos, nomeadamente a introdução dos instrumentos, demoram mais tempo. Este exame implica a utilização de vários instrumentos. Porém, o primeiro passo é sempre igual: é introduzido um espéculo e o colo uterino é desinfectado. Seguidamente, é utilizado um pequeno par de fórceps para imobilizar o colo uterino, o que pode provocar uma sensação de picada.

Depois, com a ajuda de outro instrumento, é introduzido um contraste radiológico, oleoso ou aquoso, no útero através do colo uterino. Quando a pressão aumenta, este líquido desloca-se ao longo das trompas de Falópio e eventualmente até a cavidade abdominal, o que permite examinar a forma e a estrutura da cavidade uterina, bem como verificar se as trompas de Falópio estão ou não obstruídas. **Pouco a pouco**, vão sendo realizadas várias radiografias para acompanhar o percurso do líquido; os resultados são chamados frequentemente de "*fill and spill*", dado que o líquido de contraste enche ("*fill*") a cavidade e espalha-se ("*spill*") através das extremidades das trompas, confirmando se estas se encontram obstruídas (ou não). Durante o exame, as trompas podem por vezes contrair-se, criando uma falsa imagem de obstrução. Por este motivo, os resultados só serão conclusivos se o exame decorrer normalmente. Se a HSG revelar anomalias, será posteriormente realizada uma operação visual para confirmar ou refutar os resultados.

### **COMPLICAÇÕES:**

- cólicas (semelhantes às dores menstruais)
- hemorragia vaginal (geralmente de curta duração)
- tonturas ou, por vezes, desmaio mas de curta duração

Em casos muito raros, poderão surgir complicações, tais como:

- reação alérgica ao contraste
- Infecção

Por vezes, são receitados antibióticos para evitar infecções resultantes do exame. A paciente poderá ser também aconselhada a tomar previamente um analgésico (por ex. ibuprofeno), que reduzirá o desconforto. Em alguns casos há um "efeito secundário" favorável, devido à HSG, porque existem indícios de que o próprio exame aumenta a fertilidade, especialmente se for utilizada uma solução à base de óleo e não de água. Segundo os especialistas, a HSG pode desobstruir e possivelmente distender as trompas de Falópio, estimular os seus cílios ou melhorar a qualidade do muco cervical. Os médicos estão atualmente a investigar mais aprofundadamente este fenómeno.

Peso: \_\_\_\_\_ kg

| Perguntas   | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| Já fez algum exame radiológico com contraste iodado intravenoso ou no qual tenha sido feita injeção intravenosa antes de fazer o exame? |     |     |
| O Sr(a) já teve alguma reação ou antecedentes de alergia?   |     |     |
| Tem alergia a algum alimento? (peixe, camarão, carne de porco, ovos, chocolates, etc ....)  |     |     |
| Tem alergia a iodo e/ou seus derivados?   |     |     |
| Fez ou faz tratamento de alguma doença? Qual?   |     |     |
| Tem asma, bronquite ou chiadeira?   |     |     |
| Toma remédio para diabetes? (glicoformin ou glifage – metformina)   |     |     |
| Realizou cirurgias anteriores?  |     |     |
| Portador de insuficiência renal?  |     |     |

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos a qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **HISTEROSSALPINGOGRAFIA** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

| <b>Deve ser preenchido pelo médico assistente</b>  |                            |
|--|----------------------------|
| <p>Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p> |                            |
| Nome do médico _____   | Assinatura _____ CRM _____ |

| <b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b> |   |
|------------------------------------|---|
| Assinatura do(a) paciente _____    | Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____ |
| RG Nº _____                        | RG Nº _____                                   |
| NOME _____                         | NOME _____                                    |

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.  
2ª via do Médico.**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável \_\_\_\_\_, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/PR sob

o n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **HISTEROSSALPINGOGRAFIA (HSG)** e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o exame de imagem antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** Este exame é normalmente utilizado para examinar exaustivamente o útero e as trompas de Falópio. A histerossalpingografia (HSG) consiste numa radiografia do útero (histero) e das trompas (salpingo). Através da combinação do exame radiológico com o líquido de contraste que é introduzido através dos órgãos reprodutores da mulher, a HSG constitui o melhor método para observar o funcionamento interno dos órgãos.

**INDICAÇÃO:** A histerossalpingografia permite ao médico verificar se as tubas uterinas estão dilatadas ou obstruídas. Este exame permite ainda uma avaliação da dimensão, da forma e da estrutura do útero.

**REALIZAÇÃO DO EXAME:** A histerossalpingografia é normalmente realizada na secção de radiologia e demora aproximadamente 20 minutos. A radiografia em si é muito rápida, mas os preparativos, nomeadamente a introdução dos instrumentos, demoram mais tempo. Este exame implica a utilização de vários instrumentos. Porém, o primeiro passo é sempre igual: é introduzido um espéculo e o colo uterino é desinfetado. Seguidamente, é utilizado um pequeno par de fórceps para imobilizar o colo uterino, o que pode provocar uma sensação de picada.

Depois, com a ajuda de outro instrumento, é introduzido um contraste radiológico, oleoso ou aquoso, no útero através do colo uterino. Quando a pressão aumenta, este líquido desloca-se ao longo das trompas de Falópio e eventualmente até a cavidade abdominal, o que permite examinar a forma e a estrutura da cavidade uterina, bem como verificar se as trompas de Falópio estão ou não obstruídas. **Pouco a pouco**, vão sendo realizadas várias radiografias para acompanhar o percurso do líquido; os resultados são chamados frequentemente de “*fill and spill*”, dado que o líquido de contraste enche (“fill”) a cavidade e espalha-se (“spill”) através das extremidades das trompas, confirmando se estas se encontram obstruídas (ou não). Durante o exame, as trompas podem por vezes contrair-se, criando uma falsa imagem de obstrução. Por este motivo, os resultados só serão conclusivos se o exame decorrer normalmente. Se a HSG revelar anomalias, será posteriormente realizada uma operação visual para confirmar ou refutar os resultados.

### **COMPLICAÇÕES:**

- cólicas (semelhantes às dores menstruais)
- hemorragia vaginal (geralmente de curta duração)
- tonturas ou, por vezes, desmaio mas de curta duração

Em casos muito raros, poderão surgir complicações, tais como:

- reação alérgica ao contraste
- Infecção

Por vezes, são receitados antibióticos para evitar infecções resultantes do exame. A paciente poderá ser também aconselhada a tomar previamente um analgésico (por ex. ibuprofeno), que reduzirá o desconforto. Em alguns casos há um “efeito secundário” favorável, devido à HSG, porque existem indícios de que o próprio exame aumenta a fertilidade, especialmente se for utilizada uma solução à base de óleo e não de água. Segundo os especialistas, a HSG pode desobstruir e possivelmente distender as trompas de Falópio, estimular os seus cílios ou melhorar a qualidade do muco cervical. Os médicos estão atualmente a investigar mais aprofundadamente este fenómeno.

Peso: \_\_\_\_\_ kg

| Perguntas  | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| Já fez algum exame radiológico com contraste iodado intravenoso ou no qual tenha sido feita injeção intravenosa antes de fazer o exame?              |     |     |
| O Sr(a) já teve alguma reação ou antecedentes de alergia? Tem alergia a algum alimento? (peixe, camarão, carne de porco, ovos, chocolates, etc ....) |     |     |
| Tem alergia a iodo e/ou seus derivados?  |     |     |
| Fez ou faz tratamento de alguma doença? Qual?  |     |     |
| Tem asma, bronquite ou chiadeira?  |     |     |
| Toma remédio para diabetes? (glicoformin ou glifage – metformina)  |     |     |
| Realizou cirurgias anteriores?   |     |     |
| Portador de insuficiência renal?   |     |     |

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada à oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e risco pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **HISTEROSSALPINGOGRAFIA** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.



Curitiba (PR), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

| <b>Deve ser preenchido pelo médico assistente</b>  |                            |
|--|----------------------------|
| <p>Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p> |                            |
| Nome do médico _____   | Assinatura _____ CRM _____ |

| <b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b> |   |
|------------------------------------|---|
| Assinatura do(a) paciente          | Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente |
| RG N°                              | RG N°                                   |
| NOME                               | NOME                                    |

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.  
3ª via do Hospital.**