

O(A) paciente _____ Data de nascimento: ____/____/____,

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/SC sob o n.º _____ credenciado pelo Hospital Dona Helena, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **HISTEROSSALPINGOGRAFIA**. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9, VI Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o procedimento acima apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados para ser autorizado.

DEFINIÇÃO: A histerossalpingografia (HSG) consiste numa radiografia do útero (histero) e das trompas (salpingo). É normalmente utilizado para examinar o útero e as tubas uterinas (trompas de falópio), permitindo ao médico verificar se as tubas estão dilatadas ou obstruídas. Este exame permite ainda uma avaliação da dimensão, da forma e da estrutura do útero. A HSG é a combinação do exame radiológico com introdução de meio de contraste através dos órgãos reprodutores da mulher, permitindo observar a anatomia interna dos órgãos. Para tanto são utilizados alguns instrumentos. Primeiramente é introduzido um espécule 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 o contraste. 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. São realizadas várias radiografias para acompanhar o percurso do líquido. 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. As radiografias em si são muito rápidas, mas os preparativos e a introdução dos instrumentos demoram mais tempo. O procedimento leva aproximadamente 30 minutos- 60 minutos.

COMPLICAÇÕES: Podem ocorrer algumas reações, como 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 e infecção. Por vezes, são receitados antibióticos para evitar infecções resultantes do exame. A paciente poderá também ser aconselhada a tomar previamente um analgésico (por ex. ibuprofeno), que reduzirá o desconforto.

Peso: _____ kg

Perguntas	Sim	Não
Autoriza o uso de contraste?		
Já fez algum exame radiológico com contraste iodado intravenoso ou no qual tenha sido feito injeção intravenosa antes de fazer o exame?		
Quando foi a data da sua última menstruação?		
Está tomando alguma medicação? Hormônio?		
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 algum problema respiratório? Como asma, bronquite e rinite?		
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 a 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 riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis

decorrentes, e riscos pela não realização do tratamento proposto. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **HISTEROSSALPINGOGRAFIA** tenha o resultado pretendido.

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 o acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório, inclusive a solicitar, segunda via de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existente.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo(a) médico(a) ou profissional indicado pelo hospital, tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento.

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.

Deve ser preenchido pelo profissional responsável pela entrevista

Nome do profissional _____ Assinatura _____

Conselho _____

Joinville (SC), ____ de ____ de _____. Hora: ____: ____

Deve ser preenchido pelo médico responsável

Foi explicado 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.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do (a) paciente

Assinatura do (a) resp. pelo (a) paciente

RG Nº

RG Nº

NOME

NOME

Joinville (SC), ____ de ____ de _____. Hora: ____: ____

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, médico e paciente/responsável.