

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - EXAMES DE COLPOSCOPIA E VULVOSCOPIA

Colposcopia e vulvosscopia são procedimentos médicos realizados com auxílio do colposcópio (lentes de aumento) para avaliação do trato genital inferior, estendendo-se até a região perianal.

**Preparo:** A paciente deverá estar em abstinência sexual, não estar menstruada e não ter utilizado cremes vaginais.

**Riscos associados à realização dos exames:** Embora pouco frequentes, podem ocorrer complicações como sangramento, ardência e reação alérgica ao iodo.

**Cuidados necessários após os exames:** Após os procedimentos poderá ocorrer cólica de intensidade variável.

### Declarações da paciente:

- Recebi as informações, verbalmente e por escrito;
  - Recebi as orientações pré e pós-exames;
  - Autorizo a realização dos procedimentos;
  - Estou ciente de que os resultados dos meus exames poderão ser utilizados, de forma anonimizada, para fins de estudos científicos, em observância à Lei Geral de Proteção de Dados e ao Código de Ética Médica;
  - Autorizo reconvocação para nova realização de exames, se necessário;
  - Comprometo-me a retornar à recepção para inclusão de biópsia (retirada de um pequeno fragmento de tecido para análise laboratorial), se indicada;
  - Fui informada de que existem alternativas diagnósticas, como acompanhamento clínico e exames laboratoriais, mas a não realização dos exames pode dificultar ou retardar o diagnóstico de doenças, inclusive lesões precursoras de câncer;
  - Estou ciente de que posso revogar este termo a qualquer momento antes da realização do exame.
- Autorizo                       Não autorizo

### Questionário Médico:

1. Já realizou este exame antes?  Sim  Não
  2. Sabe qual foi o resultado do exame anterior? Se SIM, descreva:
-

3. Sabe por que seu exame foi solicitado? Se SIM, descreva:

---

4. Sabe qual foi o último resultado do seu Papanicolau? Se SIM, descreva:

---

5. Está em tratamento ou controle de HPV? Se SIM, descreva:

---

6. Já teve atividade sexual?  Sim  Não

7. Usa algum método de anticoncepção?

Sim  Não, se sim, descreva:

---

8. Está usando DIU (Dispositivo Intrauterino)?

Sim  Não, se sim, qual dispositivo:

---

9. Está grávida?

Sim  Não, se sim, de quantas semanas:

---

10. Já realizou alguma cirurgia ginecológica?

Sim  Não, se sim, descreva:

---

11. Já fez cauterização?

Sim  Não, se sim, descreva em qual procedimento:

---

12. É portadora de alguma doença crônica?

Sim  Não, se sim, descreva quais:

---

13. Faz uso de anticoagulante?

Sim  Não, se sim, descreva:

---

14. Possui histórico de alergia a algum medicamento ou anestésico?

Sim  Não, se sim, descreva quais:

---

15. Possui alergia a iodo?  Sim  Não

16. Autoriza realização de biópsia se necessário?  Sim  Não



Número de gestações: \_\_\_\_\_ Número de partos: \_\_\_\_\_ Número de abortos: \_\_\_\_\_

( ) Paciente sem condições cognitivas para aplicação do questionário (preenchido por familiar ou responsável).

Curitiba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_.

Nome legível da paciente: \_\_\_\_\_;

CPF/MF: \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_

Assinatura da paciente

Nome legível do responsável: \_\_\_\_\_;

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_;

CPF/MF: \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável

\_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura do(a) médico(a)