



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE CURETAGEM UTERINA PÓS-ABORTO

Eu _____ RG _____;
_____ anos de idade, consinto que o Dr. _____ CRM _____;

realize em mim o procedimento de CURETAGEM UTERINA PÓS-ABORTO. Fui informada que o procedimento será realizado depois de eu ter sido informada de maneira clara sobre a necessidade de realizar o procedimento e de todos os riscos associados. Desta maneira fui informada e compreendi o que segue:

Compreendo que a curetagem uterina pós-aborto é um procedimento realizado para esvaziar o útero de parte ou de todo o material que restou de uma gravidez interrompida e autorizo a proceder com as investigações que se fizerem necessárias para o completar o diagnóstico e avaliar o meu estado de saúde, bem como a realizar o tratamento cirúrgico denominado de “CURETAGEM PÓS-ABORTO”, e todos os procedimentos necessários, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declaro, também que me foram apresentados métodos alternativos e que este foi o procedimento mais indicado.

PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES:

A curetagem pós-aborto é realizada com anestesia geral endovenosa, com duração de aproximadamente 20 minutos. Pode haver necessidade de dilatação do colo uterino para a realização do procedimento com mais segurança. Ocasionalmente pode não ser possível o esvaziamento completo do útero, sendo necessário nova curetagem.

PÓS-OPERATÓRIO E COMPLICAÇÕES:

A curetagem uterina pós-aborto é um procedimento cirúrgico, e como todos os procedimentos cirúrgicos encerra riscos.

Geralmente apresenta cólicas abdominais (pela manipulação), que aliviam com o uso de medicação e sangramento vaginal em pequena quantidade que poderá durar alguns dias. A alta ocorre após a recuperação da anestesia, geralmente 2 a 3 horas após o procedimento. No entanto, se for realizado o diagnóstico de aborto infectado, poderei permanecer mais dias no hospital. As complicações são:



risco anestésico, perfuração do útero, infecção uterina, lesão do trato urinário, lesão intestinal, hemorragias. Em casos mais raros pode ser necessária a histerectomia (retirada do útero) por complicações como hemorragia ou infecção. Ainda, existem riscos futuros pela realização da curetagem, tais como aderências internas no útero (sinequias) que poderão ser causa de infertilidade.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado, desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Declaro, ainda, que fui informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresse o meu pleno consentimento para sua realização e firmo o compromisso de respeitar as instruções fornecidas pelo médico, estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos.

Também entendi que, a qualquer momento, antes que a curetagem uterina pós-aborto se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto e optar por não fazê-la e, então, sei também dos riscos que corro por optar pela não realização do procedimento. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento. Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realize a CURETAGEM UTERINA PÓS-ABORTO proposta.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Nome da paciente ou responsável legal: _____

Assinatura da paciente ou responsável legal: _____

Identidade nº: _____

Local e Data: _____ Hora: _____

Deve ser preenchido pelo médico

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 os 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: _____

Local e Data: _____ Hora: _____

O termo deve ser rubricado em todas as folhas pela paciente e pelo médico, em duas vias (uma para a paciente e outra para o médico).