

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - CURETAGEM UTERINA OU ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA UTERINA (AMIU) PÓS-ABORTO



O presente Termo de Consentimento tem o objetivo informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico acima identificado, ao qual será submetido. Assim em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor e Recomendação do CFM nº 01/2016, serão lhe prestadas informações claras e adequadas quanto ao procedimento a ser realizado.

Identificação Do Paciente Ou Do Responsável Legal	
Nome:	
Tipo de Documento De Identificação:	Nº:

Eu acima identificado, na condição de paciente do Centro Materno Infantil Med Imagem ou de responsável legal pelo paciente _____, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, _____ anos de idade, consinto que o Dr. _____, CRM _____ realize em mim o procedimento de CURETAGEM UTERINA OU ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA UTERINA (AMIU) 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 ou AMIU 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 OU ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA UTERINA 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 ou aspiração manual intrauterina pós-aborto é realizada com a uma anestesia que será realizada por um médico anestesiológico, que escolherá o método a ser utilizado. 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 ou AMIU 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, e melhora dos sintomas. 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 ou AMIU 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

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - CURETAGEM UTERINA OU ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA UTERINA (AMIU) PÓS-ABORTO



e nestas condições, CONSINTO que se realize a CURETAGEM UTERINA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA UTERINA PÓS-ABORTO proposta.

Confirmando 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.

Assinatura do Paciente e/ou Responsável:

Testemunhas (campo a ser preenchido na hipótese de paciente iletrado):

1. _____ CPF: _____

2. _____ CPF: _____

Teresina / PI, ____ de _____ de _____.

A ser preenchido pelo médico:

Identificação Do Médico		
Nome:		
CRM:	Tipo:	Nº:

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Carimbo / Assinatura do Médico:

Teresina / PI, ____ de _____ de _____.

i Recomendação do CFM nº 01/2016: "O CFM no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, CONSIDERANDO que o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados; CONSIDERANDO que as informações e os esclarecimentos do médico, na obtenção do consentimento do paciente, são fundamentais para que o processo ocorra livre de influência ou vício; CONSIDERANDO que são necessárias orientações éticas complementares sobre a obtenção do consentimento em situações especiais como emergências, recusa, possibilidade de transtornos psicológicos oriundos da informação, preexistência de transtornos mentais e riscos para a saúde pública; CONSIDERANDO o Princípio Fundamental XXI e os artigos 22, 31 e 34 do Código de Ética Médica; CONSIDERANDO que há insuficiência de orientações sobre quando obter o consentimento e sobre a forma de sua documentação; CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 21 de janeiro de 2015; RECOMENDA Art. 1º Nas decisões sobre assistência à saúde dos pacientes, os médicos devem levar em consideração o documento Consentimento Livre e Esclarecido.