

DOCUMENTO DE "CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO"
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO

PROCEDIMENTO INFORMADO
CURETAGEM OBSTÉTRICA

DECLARANTE

Nome:..... Idade:
Endereço:
Tel.: () :..... Identidade nº: Órgão Expedidor:
Data de emissão:
OBS.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente.

PACIENTE

Nome:..... Idade:
Endereço:
Tel.: () :..... Identidade n.º: Órgão Expedidor:
Data de emissão:

DECLARO que o doutor **CRM n.º:**.....

Instituição: **Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de:**
..... **(em minha pessoa ou no paciente supra mencionado) ser**
conveniente e indicado proceder CURETAGEM OBSTÉTRICA.

Esclareceu-me que: **1.** O principal objetivo da curetagem obstétrica é limpar a cavidade endometrial de restos ovulares. Às vezes pode ser necessária uma Segunda curetagem para completar esta evacuação, sobre todos os casos de aborto. **2.** Curetagem obstétrica necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia. **3.** A curetagem obstétrica só pode ser praticada por via vaginal. A intervenção consiste em dilatar o colo uterino, se o mesmo não estiver aberto e a seguir extrair restos ovulares com pinças de Winter ou curetas (rombas ou cortantes) por aspiração. Em alguns casos é necessário colocar no dia anterior à evacuação, laminária para se obter dilatação cervical progressiva associada à aplicação de infusão intravenosa de ocitacina. **4.** Toda material obtido será enviado para completar o estudo anatomopatológico. **5.** Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade...), traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos como cirúrgicos, assim como um mínimo de percentual de mortalidade. **6.** As complicações da curetagem obstétrica por ordem de frequência, podem ser: **a)** Infecções com possibilidade de evolução febril (urinárias, endometrites, salpingites, etc.); **b)** Hemorragias com a possível necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória); **c)** Perfuração do útero; **d)** Persistência de restos; tendo em vista a situação atual, o médico explicou-me que nesta circunstância poderão estar aumentados riscos e complicações, tais como: **7.** Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada. Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO que se realize a CURETAGEM OBSTÉTRICA proposta.** Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.
Local e data:

.....
Médico

.....
Paciente ou Representante ou Responsável

TESTEMUNHAS:

.....

.....

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: / / e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado. Local e data:

.....
Médico

.....
Paciente ou Representante ou Responsável