

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CURETAGEM OBSTÉTRICA</b>	CAP 013
		VERSÃO: 00

Nome do Paciente:		
Nº do Atendimento:	Idade:	Data Internação:

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com a realização de CURETAGEM OBSTÉTRICA.

Esclareceu-me que: o principal objeto da curetagem obstétrica é limpar a cavidade endometrial de restos ovulares. Às vezes pode O principal objetivo da curetagem obstétrica é limpar a cavidade endometrial de restos ovulares. Às vezes pode uma segunda curetagem para completar esta evacuação, sobre todos os casos de aborto; curetagem obstétrica necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia; 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, laminaria para dilatação cervical progressiva associada à aplicação de infusão intravenosa de ocitocina; todo material obtido será enviado para completar o estudo anatomopatológico; 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; 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 necessidade de transfusão (intra ou pós-opertória); 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: se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. 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 fornecer nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. 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.

-----  
**ESPAÇO RESERVADO PARA SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável

\_\_\_\_\_  
RG

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico/CRM e Carimbo

Teófilo Otoni \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_