

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Esvaziamento Uterino/Abortamento



Este documento deve ser preenchido e assinado pelo médico responsável pela realização do procedimento e pelo paciente ou responsável legal, após concordância com as informações e esclarecimentos prestados.

## Procedimento:

---

---

## Riscos e complicações potenciais individuais:

---

---

Colar aqui etiqueta

### Quando preenchimento externo – preencher dados abaixo:

Nome: \_\_\_\_\_

Unidade:  Laranjeiras  Barra

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Para Recepção Perinatal:

#### Quando preenchimento externo – acrescentar etiqueta

*Quando preenchimento interno (impressão do formulário pelo Tasy) – identificação impressa (nome completo, data de nascimento e número do prontuário).*

## INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS

Esclareceu-me que:

1. Abortamento é a interrupção da gestação em idade gestacional abaixo de 20 semanas de gestação ou peso fetal  $\leq$  500g (nos casos em que não é possível determinar a idade gestacional).
2. O esvaziamento uterino no abortamento é indicado em casos de abortamento retido (parada de evolução da gestação/óbito fetal) e aborto incompleto (presença de material ovular na cavidade uterina)
3. O esvaziamento uterino pode ser realizado por método cirúrgico ou medicamentoso. Os métodos cirúrgicos consistem na aspiração uterina e na curetagem uterina.
4. Em casos de abortamento tardio, ocorrido após 14 semanas de gestação, é necessário o uso de medicamento (ex. prostaglandina) para expulsão fetal do útero, sendo o procedimento cirúrgico apenas realizado após o mesmo, nos casos necessários.
5. Os medicamentos para esvaziamento uterino, nos casos de abortamento, são normalmente utilizados durante 24h, podendo ser necessários mais dias para que ocorra a expulsão fetal em algumas pacientes.
6. Às vezes, pode ser necessário um segundo procedimento cirúrgico (aspiração ou curetagem) para esvaziamento completo da cavidade uterina.
7. A curetagem obstétrica necessita anestesia, que será avaliada pelo serviço de anestesia. O uso de anestesia na aspiração uterina será avaliada pelo médico assistente.
8. Em alguns casos pode ser necessário antes da evacuação o uso de método para preparar o colo uterino para o esvaziamento cirúrgico (ex., laminária ou prostaglandina).
9. Todo material obtido através do esvaziamento uterino será enviado para estudo anatomopatológico.
10. Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (ex. diabetes, cardiopatia, hipertensão, 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.
11. As complicações do esvaziamento uterino cirúrgico incluem:
  - a) Infecções (ex. urinárias, endometrites, salpingites);
  - b) Hemorragias com a possível necessidade de hemotransfusão (intra ou pós-operatória);
  - c) Perfuração do útero;
  - d) Persistência de restos.
12. 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 que me ocorreram.

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 satisfeito(a) com a informação recebida e que compreendo os riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições **CONSINTO** que se realize o **ESVAZIAMENTO UTERINO** pela equipe obstétrica assistente.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos.

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Médico Assistente  
(carimbo e assinatura)

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável  
\_\_\_\_\_  
Revogação deste consentimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos