

**DOCUMENTO DE “CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO”
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO**

PROCEDIMENTO INFORMADO

CERCLAGEM CERVICAL

DECLARANTE

Nome:

Idade: :

Endereço: :

Tel.: () :

Identidade n.º: : Órgão Expedidor: :

Data de emissão: :

Paciente

Representante legal

Representante familiar

Responsável

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:

Nome:

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 CIRCLAGEM CERVICAL,

cuja finalidade é reduzir o orifício cervical uterino por risco de aborto/parto prematuro.

Esclareceu-me que:

1. A intervenção consiste em se aplicar uma cinta ou pontos no colo uterino observando reduzir ou impedir a dilatação do seu orifício (cervical). A intervenção realizar-se-á sob anestesia (geral ou local);
2. A intervenção cirúrgica não garantirá absolutamente a correção da incontinência cervical, existindo uma pequena porcentagem de fracasso. No meu caso, tal procedimento não aumentará o risco atual de interrupção da gestação.
3. A via de abordagem da incontinência habitualmente é a via vaginal, porém em função de certos casos, poder-se-á realizar-se por via abdominal.
4. 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 o alcance e riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições

CONSINTO

que se realize a CIRCLAGEM CERVICAL 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