

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

**PROCEDIMENTO INFORMADO  
CURETAGEM OBSTÉTRICA**

**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 CURETAGEM OBSTÉTRICA.

Esclareceu-me que:

1. O principal objetivo da curetagem obstétrica é limpar a cavidade endometrial de restos ovulares. As 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 a 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 freqüência, 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 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 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