

 JUNTOS SOMOS	TCLE CURETAGEM	CÓDIGO: FO.DT.040
		ELABORAÇÃO: 20/05/2025
		REVISÃO: 20/05/2027
		PÁGINA: 1 de 2

Paciente:	
Data de nascimento:	Prontuário:
Nome da mãe:	

Declaro que o médico _____ informou-me que tendo em vista o diagnóstico de _____. Devendo ser conveniente e indicado proceder Curetagem Uterina Obstétrica ou esvaziamento uterino pós abortamento (em minha pessoa ou na paciente supramencionada). Esclareceu-me que:

- O principal objetivo da curetagem obstétrica ou esvaziamento da cavidade uterina é limpar a cavidade endometrial de restos ovulares após um abortamento. As vezes pode ser necessária uma segunda curetagem para completar esta evacuação, sobre todos os casos de aborto retido ou doenças da placenta.
 - Curetagem obstétrica ou esvaziamento da cavidade uterina necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia.
 - O procedimento só pode ser praticado por via vaginal. A intervenção consiste em dilatar o colo uterino, se o mesmo não estiver aberto e a seguir extrair restos ovulares com um aspirador manual a vácuo (AMIU) pinças ou curetas (rombas ou cortantes). Em alguns casos antes do procedimento é necessário colocar na vagina medicamentos ou laminaria para se obter dilatação cervical progressiva e conseguir acesso a cavidade uterina.
 - Todo material obtido será enviado ao laboratório de anatomia patológica para completar o estudo das células e tecidos.
 - Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente, presença ou não de doenças crônicas, traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto clínicos como cirúrgicos. Assim como, tem que estar claro que há um mínimo de percentual de mortalidade.
 - As complicações da curetagem obstétrica ou esvaziamento da cavidade uterina podem ser: a) Infecções com possibilidade de evolução febril (urinárias, endometrites, infecções das tubas uterinas ou até mesmo da cavidade abdominal, etc.); b) Hemorragias com a possível necessidade de transfusão (durante ou após o procedimento); c) Perfuração do útero; d) Persistência de restos ovulares; Tendo em vista a situação atual, o médico explicou-me que nesta circunstância poderão estar aumentados riscos e complicações, tais como infecção, sangramento vaginal persistente e consequente necessidade de nova intervenção.
 - Se no momento de o 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. Assim declaro agora que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Por que razão e nestas condições, consinto que se realize a curetagem uterina ou esvaziamento uterino pós abortamento.
- Reservo-me expressamente o direito de revogar, a qualquer momento, meu consentimento antes que o objeto deste desejo se realize, devendo para isso determinar equipe médica que continue a prestar a devida assistência médica ao meu trabalho de parto.

TERMO DE REVOGAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)			
Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de REVOGAR este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.			
() Paciente () Responsável		Grau de Parentesco: _____	
Nome: _____		CPF: _____	
Assinatura: _____		Data: ____/____/____	
_____/____		Horário: _____	

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico: _____

Assinatura: _____ CRM-MG: _____

Data: ____ / ____ / ____ Horário: _____

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima. () Não foi possível a coleta deste Termo de consentimento Informado, por tratar-se de EMERGÊNCIA.

TESTEMUNHAS**1ª Testemunha**

Nome: _____

2ª Testemunha

Nome: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ CPF: _____

CPF: _____

INFORMAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA QUE DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA AO HOSPITAL

- Todos os documentos pessoais.
- Exames realizados.
- Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou guia do plano de saúde autorizada;
- Avaliação Pré-anestésica;
- Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.

ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- Caso faça uso de medicamentos, comunicar ao médico assistente todos os de uso contínuo para serem avaliados e se necessário suspensos antes da cirurgia, em especial antiagregantes ou anticoagulantes.
- Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muita pouca água;
- Diabético, NÃO TOMAR os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros;
- Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.
- Em caso de febre ou mal-estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- A remoção dos pelos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.

São Sebastião do Paraíso - MG ____ de ____ de ____

Assinatura do paciente ou responsável

CPF: _____