	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CURETAGEM UTERINA SEMIÓTICA OU PÓS-ABORTAMENTO</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
<b>NOME DO PACIENTE:</b>
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>
<b>CPF OU RG:</b>
<b>NOME DA MÃE DO PACIENTE:</b>
<b>NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:</b>
<b>CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:</b>
<b>NOME DO MÉDICO:</b>
<b>CRM DO MÉDICO:</b>

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado formaliza o presente Termo de Consentimento Informado, declarando que:

1. Autoriza o(a) médico(a) assistente acima identificado e sua equipe para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a executar o tratamento cirúrgico designado por “CURETAGEM UTERINA SEMIÓTICA OU PÓS-ABORTAMENTO”, juntamente com todos os procedimentos que o incluem, tais como anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer;


2. O médico assistente e a sua equipe explicaram os riscos e complicações do procedimento cirúrgico em questão, bem como fui informada sobre os tratamentos alternativos disponíveis, os quais descartei de livre e espontânea vontade.

3. O médico assistente prestou informações prévias detalhadas sobre o meu diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento autorizado, em especial, apresentou as seguintes definições e particularidades do ato:

**3.1. Definição de Curetagem Uterina Semiótica:** quer dizer curetagem para fins de diagnóstico. Esse procedimento é realizado quando se suspeita de doenças do endométrio (camada mais interna do útero) e precisa-se de uma amostra desse tecido para realização de exame anátomo-patológico, que consiste em enviar o material para um laboratório médico especializado em tecidos para que eles digam qual a doença presente (câncer, por exemplo);

**3.2. Definição de Curetagem Uterina Pós-abortamento:** é o procedimento realizado para “esvaziar” o útero depois ou durante o processo de abortamento de uma mulher. Quando uma mulher sofre um abortamento, independente da causa, pode acontecer de sobrar tecido do feto ou da placenta dentro do útero da paciente, o que impede que o mesmo pare de sangrar, sendo necessária sua remoção por meio da curetagem. Também realiza-se a curetagem quando a mulher tem uma gestação anembrionada, ou seja, quando se desenvolve o saco gestacional, mas não desenvolve embrião, ou então quando há morte natural do embrião (gestação interrompida ou inviável);

**3.3. Tipo de cirurgia:** a curetagem é uma cirurgia realizada em ambiente hospitalar sob anestesia geral ou sedação endovenosa, ficando a escolha a critério do anestesista. A paciente é posicionada com as pernas para cima e por via vaginal é acessado o útero. Realiza-se a medição do tamanho do útero e depois se procede à curetagem, sendo o material coletado enviado ao laboratório (o envio do material fica a cargo do

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CURETAGEM UTERINA SEMIÓTICA OU PÓS-ABORTAMENTO</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

hospital onde se realiza o procedimento). Após o procedimento a paciente é encaminhado para a sala de recuperação e, na maioria das vezes, estando em condições, ganha alta hospitalar no mesmo dia. Mesmo após a alta, a paciente deve permanecer com um sangramento vaginal mínimo, tipo menstruação, por um período de cinco a sete dias. Além disso, são esperados para o pós-procedimento imediato que a paciente tenha dor e cólicas uterinas do tipo menstrual.

Nas condições de pós-abortamento, mesmo com a curetagem ideal do útero, eventualmente a paciente pode permanecer com restos dentro do útero, sendo necessário novo procedimento de curetagem logo em seguida.

### **3.4. Indicações:**

**Semiótica:** necessidade diagnóstica;

**Abortamento:** aborto retido, aborto espontâneo com restos ovulares (restos da gestação: placenta, membranas), aborto incompleto, gestação anembrionada;

**Hemorragias:** quando uma mulher apresenta hemorragias incontroláveis com medicação, a curetagem do útero pode ser necessária para o controle;

### **3.5. AMIU – Aspiração Manual Intra-Uterina**

AMIU é a “Aspiração Manual Intra-Uterina”, um procedimento médico, rápido, simples e seguro de esvaziamento uterino, indicado preferencialmente pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde como o método mais seguro para o tratamento do aborto incompleto e para a biópsia endometrial. Este procedimento é realizado pelo chamado “Kit AMIU”, que consiste num aspirador à vácuo (seringa de válvula dupla) acoplado a cânulas de plástico semi-flexíveis de diferentes espessuras (de 4mm – 12mm)


Esse 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 à vácuo (AMIU) com pinças ou curetas. Em alguns casos, antes do procedimento, é necessário colocar na vagina medicamentos ou laminaria para obter dilatação cervical progressiva e conseguir acesso adequado à cavidade uterina. Fui esclarecida que o procedimento a ser realizado observará a melhor técnica possível, conforme o julgamento do médico;

### **RESUMO DAS COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:**

4. Fui informada sobre as possíveis complicações que podem ocorrer em razão da realização do procedimento de curetagem, dentre as quais, mas não exclusivamente:

**4.1. Complicações imediatas:** sangramento uterino sem controle, perfuração uterina, lesão de órgãos internos (intestino, bexiga e vasos sanguíneos), sendo nesses casos, muitas vezes, necessária a realização de cirurgia de emergência para o controle da hemorragia (abertura da barriga e retirada do útero), riscos anestésicos (reação alérgica, choque anafilático, morte);

**4.2. Complicações tardias:** infecção operatória do útero, formação de aderências dentro do útero (sinéquias), ausência de menstruação definitiva, impossibilidade de gestar (infertilidade), perda do útero; há também risco de retenção de restos placentários, com possível necessidade de nova curetagem e também risco de desenvolvimento de Síndrome de Asherman – sinequias uterinas, que podem levar a infertilidade.

 HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO          PARA REALIZAÇÃO DE CURETAGEM UTERINA          SEMIÓTICA OU PÓS-ABORTAMENTO</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

**4.3.** Declaro que compreendi que este documento não consegue enumerar todos os problemas e riscos que podem surgir do ato médico, mas sim os mais comuns, com complementação pelos registros da literatura médica, em constante evolução. Os resultados e complicações que podem ocorrer a partir do ato médico variam conforme o organismo de cada paciente, não sendo possível a medicina prever, antecipadamente, por completo, todas as ocorrências possíveis.

**5.** Fui informada sobre o risco de contrair **INFECÇÃO** posterior a realização de um procedimento cirúrgico, compreendendo que a origem de tal infecção não necessariamente pode estar relacionada com uma ação ou omissão realizada antes ou durante o procedimento cirúrgico; ou seja, entendi que a infecção pode estar relacionada a fatores alheios a tudo isto, como, por exemplo: já estar previamente presente no organismo do paciente; no ambiente externo ao hospital que o paciente frequenta; decorrer de uma ação ou omissão da própria paciente no cuidado pós-operatório; se desenvolver a partir de uma condição favorável (baixa imunidade) da paciente; dentre outras hipóteses previstas na literatura médica.

**6.** Fui informada que os índices de infecção em ambiente hospitalar aceitos no Brasil são estabelecidos usando-se como parâmetro os dados da ANVISA, frisando-se que não existe “risco zero” de infecção em ambiente hospitalar. De acordo com a Portaria nº 930 do Ministério da Saúde/DENASUS de 27 de agosto de 1992, são conceituados os procedimentos cirúrgicos como:

*a) Operações Limpas*: São aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas e traumáticas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário.


*b) Operações Potencialmente Contaminadas*: São aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias limpas com drenagem se enquadram nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.

*c) Operações Contaminadas*: São aquelas realizadas em tecidos traumatizados recentemente e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária.

*d) Operações Infectadas*: São todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local), tecido necrótico, corpos estranhos e feridas de origem suja.

*Diante disso, compreendo que quando o caso específico do paciente se enquadrar em alguma das hipóteses acima classificadas haverá um risco maior de desenvolver uma infecção.*

**7.** Fui esclarecida e compreendi que a origem da infecção nas hipóteses acima destacadas pode ocorrer independentemente de uma ação ou omissão do hospital ou de algum de seus profissionais; isto é, ela é possível de ocorrer como risco inerente à mera realização do procedimento cirúrgico.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CURETAGEM UTERINA SEMIÓTICA OU PÓS-ABORTAMENTO</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

**8.** Fui informada que o procedimento implica riscos de ordens e graus variados e não há garantia, nem promessa, quanto ao sucesso deste ato médico. Os riscos podem ser graves e inesperados, bem como podem gerar complicações clínicas, cirúrgicas e intercorrências relacionados a medicamentos, anestesia e outros;

**9.** Fui informada que todo procedimento cirúrgico representa risco de ÓBITO, em maior ou menor grau, conforme a literatura médica, bem como que em todo procedimento cirúrgico pode ocorrer fato imprevisível ou de força maior, independentemente da técnica empregada ou da vontade dos profissionais envolvidos durante ou após o ato cirúrgico. Há risco, inclusive, de contrair infecção e de morte por sepse;

**10.** Fui informada que as complicações do procedimento podem ser imediatas ou aparecerem após meses ou anos, inclusive podem levar a re-operação, permanência no hospital superior à prevista e à transfusão de sangue, internação em UTI ou transferência hospitalar.


**11.** Fui informada que as complicações acima resumidamente descritas caracterizam-se como risco inerente do próprio procedimento cirúrgico que aceitei realizar, bem como das condições pessoais de cada paciente, sendo esclarecido que quaisquer outros riscos adicionais ainda podem ocorrer, especialmente em razão de (mas não limitado): idade avançada, obesidade, doença arteriosclerótica, hipertensão arterial, disfunção hepática, disfunção renal, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca descompensada aguda, presença de coágulos no coração ou outros locais, doenças pulmonares agudas ou crônicas, uso prévio de antiarrítmicos, portadores de marcapassos cardíacos ou outros dispositivos elétricos, tabagismo, consumo de álcool e/ou drogas (dentre outros hábitos não saudáveis eventualmente praticados pelo paciente);

**12.** Estou ciente que durante o transcurso do procedimento, operação, exame ou tratamento pode ser necessário o uso de equipamentos/instrumentos de observação invasivos, os quais foram explicados em detalhes os riscos e benefícios associados com esse tipo de monitoramento, havendo consentimento para o uso.

**13.** Estou ciente que os medicamentos que o paciente terá que tomar podem ocasionar complicações e provocar reações diversas, inclusive adversas no organismo do paciente. Assim, é entendido que o Paciente e/ou Responsável deve(m) informar previamente ao Médico o uso de todo e qualquer outro medicamento que está consumindo, incluindo, dentre outros, aspirinas, medicamentos para resfriados, vitaminas, narcóticos / drogas ilícitas, suplementos herbáceos, medicamentos para pressão ou outras drogas lícitas. Além disso, deve-se informar previamente sobre eventual alergia a medicamento ou alimento pelo paciente.

**14.** Está ciente de que, se a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis ao caso na tentativa de afastar o perigo apurado, inclusive poderá haver necessidade de suspensão, complementação, extensão ou alteração do procedimento cirúrgico originalmente proposto, o que, desde já, é consentido que a equipe médica realize, se assim se fizer necessário, a critério do seu julgamento técnico-profissional.

**15.** Fui cientificada que o tratamento proposto e autorizado necessita de acompanhamento e cuidados pré e pós-operatórios que deverão ser seguidos corretamente, assumindo o paciente o compromisso de cooperar com o médico assistente e de comunicar a ele ou a outro profissional, de modo imediato, a ocorrência de qualquer situação de saúde diversa da normalidade, ocasião na qual o paciente deverá buscar atendimento médico imediato.

 <p>HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida</p>	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CURETAGEM UTERINA SEMIÓTICA OU PÓS-ABORTAMENTO</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

**16.** Fui cientificada que a paciente poderá ficar com uma cicatriz que decorre de toda intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica, que não são estéticas e independem da habilidade do médico, visto que dependem das características pessoais do organismo de cada paciente.

**17.** É fornecido neste ato o consentimento e a autorização para transfusão ou administração de sangue ou seus componentes, assim como de medicamentos durante a cirurgia ou hospitalização, quando o médico assistente entender necessário. É entendido que não há garantias quanto à transfusão de sangue, seus componentes ou medicamentos.

**18.** Houve ampla oportunidade para perguntar sobre todas as questões pertinentes ao procedimento, tendo sido todas elas respondidas de forma completa e satisfatória.

**19.** Compreendi todo o conteúdo deste Termo de Consentimento, estando o paciente de acordo com suas disposições, bem como que compreendi que a medicina não é uma ciência exata e que nenhuma pessoa fez qualquer promessa ou deu garantias quanto ao resultado do ato médico ou a permanência dos resultados atingidos.

**20.** A assinatura no presente documento representa o consentimento livre e espontâneo na realização da intervenção cirúrgica, bem como a concordância com os riscos inerentes ao procedimento e o comprometimento em seguir as orientações das condutas pré e pós-operatórias. Fui esclarecida que é meu direito cancelar este consentimento, se eu quiser, sem que isso implique em qualquer penalidade.

Ciente e de acordo com as condições acima descritas, AUTORIZO o(a) médico(a) e a sua equipe a realizar o procedimento de CURETAGEM, bem como assumo os riscos inerentes desse procedimento.

Lajeado, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável pelo Paciente**  
Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a).: \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

\_\_\_\_\_  
**Médico(a) – Assinatura**