



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CURETAGEM UTERINA		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

A Curetagem Uterina é um procedimento cirúrgico que consiste na limpeza ou raspagem da cavidade interna do útero. Este procedimento é indicado para diversas situações clínicas, sendo as mais comuns o esvaziamento uterino em casos de aborto (quando o organismo não expelle totalmente os tecidos), a investigação de sangramentos vaginais anormais, a retirada de pólipos ou restos placentários após o parto, e a coleta de material para biópsia diagnóstica em casos de suspeita de doenças no endométrio.

2. BENEFÍCIOS, PROBABILIDADE DE SUCESSO E RISCOS DO NÃO TRATAMENTO

O principal benefício é a remoção completa de tecidos que podem estar causando hemorragias ou infecções, além de permitir um diagnóstico preciso através da análise laboratorial do material retirado. A probabilidade de sucesso na resolução do quadro clínico é elevada. Caso o procedimento não seja realizado quando indicado, a paciente corre riscos graves, como hemorragia persistente levando à anemia severa, infecção uterina generalizada (sepse), dores pélvicas crônicas e complicações que podem colocar a vida em risco.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Dependendo do diagnóstico, as alternativas podem incluir o tratamento medicamentoso para estimular a expulsão de tecidos, a conduta expectante (aguardar a eliminação natural sob vigilância médica rigorosa) ou a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), que utiliza vácuo em vez de raspagem. A escolha entre estas opções depende da estabilidade clínica da paciente, do tempo de gestação (em casos de aborto) e da avaliação técnica do médico assistente sobre qual método é mais seguro para o caso específico.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

O procedimento é realizado por via vaginal, com a paciente sob anestesia. O médico utiliza instrumentos chamados curetas para realizar a raspagem das paredes internas do útero. Embora seja um procedimento rotineiro, existem riscos específicos que devem ser compreendidos:

- Perfuração uterina: risco de o instrumento atravessar a parede do útero, podendo atingir órgãos vizinhos como intestino ou bexiga, o que pode exigir uma cirurgia adicional (laparoscopia ou corte abdominal) para correção.
- Hemorragia: sangramento excessivo durante ou após a raspagem.
- Infecções: como a endometrite (infecção do revestimento interno do útero).
- Lacerações do colo uterino: pequenas lesões no canal de entrada do útero causadas pelos instrumentos.
- Retenção de restos: permanência de pequenos fragmentos de tecido, podendo necessitar de um novo procedimento.
- Sinéquias (Aderências): formação de cicatrizes internas no útero que podem causar alterações no ciclo menstrual ou, em casos mais graves, dificuldade para engravidar futuramente (infertilidade).
- Dor e cólicas: desconforto abdominal no período de recuperação.
- Histerectomia emergencial: em casos raríssimos de complicações graves e incontroláveis, pode ser necessária a retirada do útero para salvar a vida da paciente.

5. ANESTESIA

O emprego de anestesia será necessário para a realização do procedimento, sendo a técnica e os fármacos de escolha de responsabilidade do médico anestesiologista, que avaliará as condições clínicas do(a) paciente e os riscos inerentes a essa prática, os quais serão detalhados em termo de consentimento específico da anestesiologia.



6. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

Poderá haver a necessidade de utilização de órteses, próteses ou materiais especiais, bem como a ocorrência de situações imprevisíveis que exijam condutas médicas imediatas para preservação da vida ou saúde, as quais serão adotadas pela equipe médica visando o melhor interesse do(a) paciente.

7. AUTORIZAÇÃO DA EQUIPE

Autorizo o médico assistente e sua equipe a realizarem o procedimento proposto, bem como quaisquer outros atos necessários diante de complicações ou situações de emergência identificadas durante o ato cirúrgico, visando sempre a segurança e a integridade física.

8. DISPOSIÇÕES LEGAIS E CONSENTIMENTO

Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de minha assinatura.

Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas à equipe médica, as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações acerca das quais apresenta alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido da equipe médica a orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento / tratamento, mas apenas os mais frequentes.

Contudo, fui amplamente esclarecido pelo médico assistente e sua equipe. Consinto, portanto, ao médico assistente a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

Sei que possuo o pleno direito de revogar este consentimento a qualquer tempo antes do início do procedimento, sem que isso implique qualquer penalidade ao meu atendimento.

Comprometo-me a expressar previamente negativas de forma expressa e irrevogável a atos, tratamentos ou condutas os quais opto por não autorizar.



PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/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(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

_____ às _____ de _____ de _____ de _____.
Local, hora, data

1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento).*