TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CURETAGEM UTERINA E/OU AMIU

PACIENTE/RESPONSÁVEL _____

CÉDULA DE IDENTIDADE _____ ESTADO CIVIL _____ NACIONALIDADE _____

PROFISSÃO _____ ENDEREÇO _____

Nº/CIDADE _____ TELEFONE _____

O objetivo deste Termo de Esclarecimento e Consentimento Livre e Informado, utilizado pelo **HOSPITAL MERIDIONAL VITÓRIA (MATERNIDADE SANTA ÚRSULA)**, é esclarecer sobre o procedimento de **CURETAGEM UTERINA OU AMIU (ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA)**, devendo discutir todas as suas dúvidas com seu médico antes de assiná-lo. Além disto, o Hospital, equipe médica, enfermagem e seus funcionários se colocam à total disposição para eventuais dúvidas e esclarecimentos que porventura sejam necessários durante toda a internação.

É dever da paciente ou responsável expressar se compreendeu as orientações e informações recebidas.

De todo modo, queremos ter certeza se foi suficientemente esclarecida pelo médico e compreendeu o diagnóstico, riscos e objetivos, além de todas as questões aqui mencionadas, tudo isso, para que possamos contribuir e alcançar o melhor resultado para sua saúde e bem estar e que isto contribua para uma melhor estada em nosso Hospital e uma pronta volta para casa.

Por isso, é essencial o seu entendimento sobre a realização da CIRURGIA DE CURETAGEM UTERINA E AMIU, seus riscos e ao final, após pleno entendimento, a sua concordância na realização dele.

Portanto, declara a paciente/responsável estar plenamente consciente que:

1) A CURETAGEM UTERINA consiste na raspagem do conteúdo uterino com a utilização do instrumental denominado cureta, com ou sem a dilatação prévia do canal cervical, sendo realizado por via vaginal para tentar curar, diagnosticar ou melhorar minha condição clínica.

2) A AMIU abreviação de Aspiração Manual Intra Uterina consiste na aspiração do conteúdo intrauterino por meio de uma cânula específica, acoplada a uma seringa destinada a essa finalidade. Frequentemente após finalizada a AMIU pode ser necessária breve curetagem residual da cavidade uterina.

3) Por serem procedimentos invasivos, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente à curetagem uterina e AMIU são as seguintes: perfuração do útero, bexiga ou alça intestinal. Poderão ocorrer, no curso da intervenção, situações que obriguem a realização de laparotomia (cirurgia convencional com abertura da parede abdominal).

4) Embora raras, poderão ocorrer situações fortuitas como a possibilidade da ocorrência de resíduos placentários, de membranas da bolsa das águas ou decídua (tecido que reveste o interior do útero), o que pode acontecer mesmo procedendo-se cautelosamente à revisão da cavidade uterina. Caso eventualmente isto ocorra, poderão ocorrer sangramentos de intensidade variável ou em casos mais graves, infecção, o que poderá acarretar a necessidade de internação e/ou de novo procedimento cirúrgico de curetagem e cuidados para sua resolução. Em casos extremos poderá haver a necessidade de remoção do útero implicando nas complicações de eventual histerectomia e sem a possibilidade de mais engravidar, mesmo numa paciente jovem que deseje ter mais filhos.

5) Caso necessário, autorizo o exame anatomopatológico do material obtido, assim como citopatológico ou cultura: de material, peças cirúrgicas, órgão, amostra de tecido, fluidos corpóreos, autópsias ou imuno-histoquímica solicitados pelo médico(a) e/ou equipe que acompanha meu caso. (Resolução CFM nº 2.169 de 30 de outubro de 2017).

LABORATÓRIO DE PATOLOGIA

Declara a paciente estar ciente que o material coletado durante o procedimento foi encaminhado para o laboratório acima assinalado.

Ciente

_____

O paciente tem o direito de optar pela realização de seu exame em laboratório da sua escolha, devendo, nesse caso, receber orientações para que ele próprio possa providenciar esse encaminhamento, assinando um respectivo termo de responsabilidade. (Resolução nº 20, de 10 de abril de 2014, da Anvisa).

Após ler cuidadosamente este documento, tive a oportunidade de perguntar e esclarecer todas as minhas dúvidas com relação ao procedimento e suas intercorrências, as quais me foram esclarecidas.

Declaro que li e compreendi a realização do procedimento CURETAGEM UTERINA e/ou AMIU, suas limitações e eventuais complicações e CONSINTO a realização deles.

Esse Termo de Consentimento poderá ser revogado a qualquer tempo antes da realização da cirurgia.

Assinatura da Paciente e/ou Responsável

_____

PREENCHIMENTO MÉDICO

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para a paciente o propósito, os riscos e os benefícios da CURETAGEM UTERINA e/ou AMIU.
NOME: _____(legível)
CRM - ES: _____

ASSINATURA

_____