

A paciente \_\_\_\_\_,

Data Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ou Responsável \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido, que autoriza o(a) médico(a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_ inscrito no CRM/ES sob o n.º \_\_\_\_\_ credenciado pelo Hospital Rio Doce, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar **Curetagem Pós Aborto**, todos que o incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO DE ABORTO:** produto de fecundação sem sinais vitais, esse com peso inferior a 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros, de idade gestacional menor que 20 semanas.

**PRINCIPIOS E INDICAÇÕES:** é realizada sob anestesia. Pode haver necessidade de dilatação do colo uterino para a realização do procedimento com mais segurança. Ocasionalmente pode não ser possível o esvaziamento completo do útero, sendo necessária nova curetagem.

**PÓS-OPERATÓRIO:** geralmente apresenta cólicas abdominais (pela manipulação), que melhoram facilmente com medicação. A alta ocorre após a recuperação da anestesia, geralmente 2 a 3 horas após o procedimento.

**COMPLICAÇÕES:** 1. risco anestésico, 2. perfuração do útero, 3. infecção uterina, 4. lesão do trato urinário, 5. lesão intestinal, 6. Hemorragias e 7. Infecção\*.

**\*INFECÇÃO HOSPITALAR:** A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito e que são:

**1. Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);

**2. Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);

**3. Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária;

**4. Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico).

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro o TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO para mim, quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Entendi e concordo voluntariamente sobre o que é necessário eu fazer para que tenha o resultado pretendido.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

**Declaro que neste ato fui informado pessoalmente sobre o Protocolo de Destinação do produto fecundado e sem sinais vitais, sendo que** (marcar a opção):

- Óbito Fetal ou Natimorto com **IG < 20 semanas ou < 500 gramas** será encaminhado para Exames Histopatológico e o prazo de entrega do resultado será informado pelo Laboratório.
- Óbito Fetal ou Natimorto com **IG > 20 semanas ou > 500 gramas** será encaminhado para o SVO (Serviço de Verificação de Óbito). A Certidão de Óbito será emitida pelo SVO e o prazo de entrega é informado pelo Serviço.

Declaro ainda que é meu desejo:

( ) **Renunciar ao direito de requisição do produto de fecundação sem sinais vitais**, com peso inferior a 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros e menor que 20 semanas de idade gestacional, devendo o Hospital destinar o material para ser sepultado em cemitério licenciado ou cremação ou incineração, conforme RDC ANVISA 222/18 e Resolução CONAMA 358/05.

( ) **Requerer o produtos de fecundação sem sinais vitais**, com peso inferior a 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros e menor que 20 semanas de idade gestacional, responsabilizando-me em dar a correta destinação a ele, seja para sepultamento em cemitério licenciado ou cremação, isentando totalmente o Hospital Rio Doce de responsabilidade civil, penal e administrativa a partir da entrega, conforme termo de entrega anexo, parte integrante deste instrumento.

Declaro que concordo voluntariamente com o que será realizado e que estou ciente que meu consentimento poderá ser retirado de maneira formal, desde que seja antes do procedimento. Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização dele, expressando que as informações foram prestadas pelo médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal. Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, **impresso em (3) três vias, recebendo cópia.**

Linhares (ES), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) paciente \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_

**Deve ser preenchido pelo Médico Assistente:**

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

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de **EMERGÊNCIA.**

Nome do médico \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_