

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com a realização de **INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ**.

Esclareceu-me que: indução obstétrica consiste no desencadeamento farmacológico de contrações uterinas que conseguirão a dilatação cervical e a expulsão fetal; evacuação cirúrgica mediante aspiração; no primeiro caso, se pode utilizar diversos procedimentos, de forma individual ou combinada, ficando a juízo da equipe assistencial a eleição do método empregado:

- a) Administração intra-cervical de gel de prostaglandinas, que se utiliza para melhorar a maturação do colo uterino;
- b) Administração de prostaglandinas intra-amnióticas, mediante punção da cavidade amniótica, que poderá realizar-se diretamente ou depois da anterior;
- c) Administração endovenosa de ocitocina mediante gotejamento, que poderá realizar-se diretamente ou depois da anterior;

no segundo caso, cabe mencionar:

- I. Curetagem obstétrica necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia;
- II. A curetagem obstétrica é praticada por via vaginal. A intervenção consiste em se dilatar o colo uterino, e posteriormente extrair-se componentes ovulares por aspiração ou mediante curetagem da cavidade com curetas, rombas ou cortantes. Em alguns casos será necessário colocar, umas horas antes da evacuação, laminaria para se obter uma dilatação cervical progressiva;
- III. Toda peça operatória ou material extirpado será enviado para completar o estudo anatomopatológico;
- IV. Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade), traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos como cirúrgicos, assim como um mínimo de percentual de mortalidade;
- V. As complicações da intervenção cirúrgica podem ser: - infecções com evolução febril (urinárias, endometrites, salpingites, etc.); - hemorragias com a possível necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória); - perfuração do útero. Peritonites; - persistência de restos; - Fístulas;
- VI. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas. Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ POR NEOPLASIA** proposta. Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

NOME DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável RG: _____

Assinatura do médico ASSISTENTE/CRM e Carimbo: _____

Assinatura do médico AUXILIAR/CRM e Carimbo: _____

Linhares, _____ de _____ de _____