



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CURETAGEM UTERINA

DECLARANTE

Nome:

Idade: : Data Nascimento:/...../.....

Endereço: :

Tel.: () : Cel.: () :

Identidade n.º: : Órgão Expedidor: :

Data de emissão: : CPF:

Paciente Representante legal Representante familiar Responsável

OBS.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente.

PACIENTE

Nome:

Idade: Data Nascimento:/...../.....

Endereço:

Tel.: () : Cel.: () :

Identidade n.º: Órgão Expedidor:

Data de emissão: CPF:

DECLARO

Que o Doutor:

Nome:

CRM n.º:

Instituição:

Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de:

(em minha pessoa ou no paciente supra mencionado) ser conveniente e indicado proceder CURETAGEM UTERINA.

Esclareceu-me que:

1. O principal objetivo da curetagem diagnóstica é obter amostras de tecido endometrial ou cervical para estudo histológico naqueles casos em que haja ocorrido uma metrorragia de tipo anormal. As vezes pode ser de valor terapêutico para aliviar transitoriamente uma metrorragia funcional copiosa e extirpar um pólipó endometrial.
2. Curetagem diagnóstica necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia.
3. A curetagem uterina só pode ser praticada por via vaginal.

A intervenção consiste na retirada de material endometrial e endocervical para estudo anatomopatológico.

TC. 031. REV.09/08/2019.

Av. Nenê Sabino, n. 2477 - Santos Dumont - Uberaba/MG - 38050-501
(34)3352-1700 - <https://mphu.uniube.br>

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CURETAGEM UTERINA

4. Toda peça operatória ou material extirpado será enviado para completar o estudo anatomopatológico.
5. 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.
6. As complicações da intervenção cirúrgica por ordem de frequência, podem ser:
 - a) Infecções com possibilidade de evolução febril (urinárias, endometrites, salpingites, etc.);
 - b) Hemorragias com a possível necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória);
 - c) Perfuração do útero (sobretudo em úteros atróficos e patologia maligna);Tendo em vista a situação atual, o médico explicou-me que nesta circunstância poderão estar aumentados riscos e complicações, tais como:

7. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Por tal razão e nestas condições

CONSINTO

Que se realize a CURETAGEM UTERINA proposta.

Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Local e data:

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável

TESTEMUNHAS:

.....
NOME:

CPF:

.....
NOME:

CPF:

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: / / e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data:

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável