TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CERCLAGEM

Eu_____;
RG_____; _____ anos de idade, consinto que o Dr._____; CRM_____ realize em mim o procedimento de cerclagem uterina por via vaginal ou via abdominal. Declaro ter sido informada que:

- A cerclagem do colo uterino é uma cirurgia na qual são realizados pontos no colo do útero entre 12a a 16a semanas de gestação, com objetivo de mantê-lo fechado até o final da gravidez, para reduzir os riscos de abortamento parto prematuro;
- Existem diferentes técnicas para sua realização. Na maioria das vezes, a cirurgia é realizada por via vaginal, porém em certos casos, poderá ser realizada por via abdominal, sendo que, em todas, será necessário a realização anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos são de indicação e responsabilidade exclusiva do médico anestesista;
- Na cerclagem realizada por via vaginal, estes pontos são normalmente retirados na 37ª semana de gestação.
- Existem situações que, por indicação médica, os pontos devem ser retirados antes do período habitual, em casos de rotura da bolsa prematura da bolsa, sinais de infecção no útero e na presença de trabalho de parto.
- Não existem outras opções de tratamento.
- Existe a possibilidade de a cirurgia não corrigir integralmente o problema, que independe do paciente ou médico.
- Os riscos mais comuns desse procedimento são rotura prematura da bolsa, sangramento, infecção, abortamento, aumento da atividade uterina, irritabilidade do útero, deslocamento da sutura, sendo excepcional a ocorrência óbito.
- Não há relatos de efeitos colaterais, a longo prazo, descritos na literatura médica.

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, antes que o procedimento de cerclagem se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.
Consinto, portanto, ao (a) médico (a) 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).
Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando

plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Nome do paciente:_____
CPF e/ou Identidade: _____.
Assinatura do paciente: _____.
Data: _____/_____/_____, Hora:_____:_____ .

Caso paciente sem condições de assinatura, evoluir com assinatura de responsável legal.
Nome do responsável legal:_____
CPF e/ou Identidade: _____.
Grau de parentesco: _____.
Assinatura do responsável legal: _____.
Data: _____/_____/_____, Hora:_____:_____ .

Deve ser preenchido pelo médico:
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 os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos.
De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.
Nome do médico: _____,
CRM: _____,
Local: _____,
Data: _____/_____/_____, Hora: _____
Assinatura: _____,

Brasília, ____ de _____ de 20___.