

**DOCUMENTO DE "CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO"**  
**PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO**

**CURETAGEM DIAGNÓSTICA**

**DECLARANTE**

Nome:.....

Idade:.....

Endereço:.....

Tel.:(    ).....

Identidade n.º: ..... Órgão Expedidor: : .....

Data de emissão:.....

Paciente ☐

Representante legal ☐

Representante familiar ☐

Responsável ☐

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

**PACIENTE**

Nome:.....

Idade:.....

Endereço:.....

Tel.:(    ) : .....

Identidade n.º: ..... Órgão Expedidor: : .....

Data de emissão:.....

**DECLARO**

Que o Doutor:

Nome:.....

CRM n.º:.....

Instituição:.....

Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de:

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

Esclareceu-me que:

1. O principal objetivo da curetagem diagnóstica é obter mostras 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. A curetagem diagnóstica necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia.
3. A curetagem diagnóstica só pode ser praticada por via vaginal.  
A intervenção consiste na retirada de material endometrial e endocervical para estudo anatomopatológico.
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 atroficos e patologia maligna);Tendo em vista o quadro atual, o médico explicou-me que nestas circunstâncias poderão estar aumentados e aparecer 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 DIAGNÓSTICA 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