

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO/ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO  
PARTO EM SITUAÇÃO DE GRAVIDEZ COM ANENCEFALIA

TER.ESP.0357/01  
Implantação: 07/2016  
1ª Revisão: 09/2022  
Classificação: RESTRITO

Eu \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, nascido(a) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ portadora do RG n° \_\_\_\_\_, inscrita no CPF sob o n°, residente na Rua \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, atualmente gestando um feto de \_\_\_\_\_ semanas, estou ciente de que o mesmo apresenta diagnóstico de anencefalia (CID - 10Q00.0), conforme demonstra o exame de ultrassonografia que segue anexo e que vem acompanhado de documentação fotográfica com duas imagens em posição sagital e corte transversal do polo cefálico, demonstrando, de forma inequívoca, a ausência de calota craniana e de parênquima cerebral identificável, o qual foi avaliado pelo (a) médico (a) \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_ que assinou o referido exame.

Informo que fui esclarecida da condição clínica da anencefalia e dos riscos maternos envolvidos, tanto no caso de manutenção da gestação até o termo, como na interrupção da gestação nesta idade gestacional.

Declaro estar ciente de que posso manter a gestação do feto anencefálico até o termo, entretanto, **declaro que meu desejo é de interromper a presente gestação**, conforme firmado neste instrumento.

Declaro ainda ter sido esclarecida sobre os procedimentos que serão adotados para o abortamento medicamentoso, possíveis desconfortos, riscos inerentes, forma de assistência, forma de acompanhamento e os profissionais que serão responsáveis pelo meu atendimento, tudo em conformidade com o Código de Ética Médica, do qual tomei conhecimento.

Por fim, informo que todas as minhas dúvidas foram respondidas de forma clara e compreensível, não restando questões que impeçam a tomada de decisão livre e esclarecida, bem como que o presente instrumento foi elaborado em conformidade com a Resolução CFM n.º 1.989/2012.

Chapecó (SC) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: \_\_\_\_\_

RG/CPF: \_\_\_\_\_

Ass. Médico Assistente

Nome: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

### CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

#### Capítulo IV

#### DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

(...)

**Art. 22º.** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

#### Capítulo V

#### RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

(...)

**Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**Resolução CFM 1.989/2012 - Art. 1º** Na ocorrência do diagnóstico inequívoco de anencefalia o médico pode, a pedido da gestante, independente de autorização do Estado, interromper a gravidez.