



**TERMO DE CONSENTIMENTO
INFORMADO PARA UTILIZAÇÃO DO
MEDICAMENTO MISOPROSTOL**

TER.INS.0034/01
Implantação: 01/2023
1ª Revisão: 01/2023
Classificação: RESTRITO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), eu _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, na condição de () paciente () responsável pela paciente _____, inscrito no CPF nº _____ abaixo identificada e firmada, declaro ter sido informada claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento MISOPROSTOL.

Os termos técnicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo (a) médico (a) assistente Dr. (a) _____ (nome do médico que prescreve), assim como estou ciente que farei uso deste medicamento para promover:

- () Indução de aborto legal;
- () Indução de aborto por gestação com condição fetal incompatível com a vida;
- () Indução de aborto por condição de saúde materna onde a gestação apresenta risco de morte à mãe;
- () Esvaziamento uterino por morte embrionária ou fetal;
- () Amolecimento cervical antes de esvaziamento uterino por aborto (Aspiração Manual Intrauterina / AMIU ou curetagem);
- () Preparo cervical para procedimento intraútero como Curetagem semiótica; AMIU diagnóstico ou Histeroscopia;
- () Indução de trabalho de parto com feto vivo - maturação de colo uterino;

Ainda, declaro que fui devidamente científica de que os efeitos secundários incluem náuseas, vômitos, cefaleia, diarreia, dor abdominal, febre e calafrios e ocorrem em 10% a 30% dos casos, sendo mais frequentes quando se administra o medicamento em doses elevadas, intervalos curtos ou quando se emprega a via oral ou sublingual.

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis.

Assim sendo, declaro:

Que fui claramente informada de que o Misoprostol é um medicamento de controle especial, que após a descoberta de suas propriedades abortivas, o Ministério da Saúde limitou apenas para uso hospitalar pois dispõem de ação útero-tônica e de amolecimento do colo uterino, favorecendo a sua dilatação, além de promover e estimular a contração uterina sendo indicado conforme protocolo do Ministério da Saúde nos casos em que seja necessária a interrupção da gravidez em gestação a termo (ou próximas ao termo) e na indução de parto com feto morto antes das 30 semanas, em caso de aborto legal.

Finalmente, DECLARO ter compreendido e concordado com todas as informações e orientações deste Consentimento Informado, e, por livre e espontânea vontade, com decisão conjunta com



**TERMO DE CONSENTIMENTO
INFORMADO PARA UTILIZAÇÃO DO
MEDICAMENTO MISOPROSTOL**

TER.INS.0034/01
Implantação: 01/2023
1ª Revisão: 01/2023
Classificação: RESTRITO

meu médico assistente, aceito realizar a administração do medicamento MISOPROSTOL, nas quantidades necessárias e recomendadas para a finalidade acima identificada.

Chapecó/SC _____, de _____ de _____.

Assinatura da Paciente/Responsável
Nome Completo:
CPF:

Assinatura do (a) Médico (a) Responsável

Testemunhas:

1. _____

Nome:

CPF:

2. _____

Nome:

CPF:

- ***O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.***