

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE EXPULSÃO FETAL	TER.INS.0038/00 Implantação: 05/2023 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 _____, nascida em: __/__/____, inscrita no CPF nº _____, **DECLARO** para os devidos fins legais, especialmente, mas não limitado, ao disposto no Art. 34 do Código de Ética Médica, ter sido devidamente informada (o) e esclarecida (o) acerca do disposto no presente termo, estando plenamente ciente dos riscos relacionados à realização do procedimento de expulsão fetal, tendo-me sido explicadas todas as condições abaixo, de forma clara e compreensível:

I. Todas as possibilidades terapêuticas e os riscos inerentes ao procedimento em questão, podendo ocorrer:

- ✓ Náuseas, vômitos, cefaleia, diarreia, dor abdominal, febre e calafrios, **que** 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;
- ✓ Sangramento.

- Que esteja ciente que a se a gestação for **igual ou superior a 20 semanas é obrigatório o registro de nascimento** e posterior declaração de óbito, sendo necessário o encaminhamento funeral, e **caso venha a nascer sem vitalidade é obrigatório a declaração de óbito.**
- Que o tempo do processo de indução pode levar várias horas ou até mais de 1 dia. Está ciente que, mesmo com o sucesso da expulsão do feto por via de parto normal, **pode ser necessária a realização de procedimento cirúrgico de curetagem ou AMIU (aspiração manual intraútero) os quais consistem** na raspagem da cavidade uterina ou aspiração manual para retirada de possíveis restos, sem necessidade de abordagem cirúrgica pela cavidade abdominal; Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis.

II. Declaro que me foram explicados também quais são os riscos inerentes à comorbidades existentes, caso opte em não realizar o procedimento, viabilizando a minha escolha consciente.

DECLARO ainda, ter-me sido concedido o poder de decisão referente à realização ou não do procedimento em comento, tendo como direito questionar e sanar todas as dúvidas durante o processo de decisão.

Outrossim, **DECLARO**, por livre iniciativa, que **AUTORIZO** a realização do procedimento de _____, incluindo qualquer outro procedimento necessário para solução de situações imprevisíveis ou emergências que poderão ocorrer em decorrência do procedimento em questão.

Por fim, **DECLARO** ter lido todas as informações contidas no presente instrumento, bem como terem sido satisfeitas todas as minhas dúvidas e questões através de linguagem clara e acessível. Assim sendo, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre o procedimento e seus riscos, expresso meu pleno consentimento para realização do mesmo.

Chapecó/SC _____, de _____ de _____.



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DO
PROCEDIMENTO DE EXPULSÃO FETAL**

TER.INS.0038/00
Implantação: 05/2023
Classificação: RESTRITO

Ass. Paciente e/ou Responsável
Nome: _____
RG/CPF: _____

Ass. Medico Assistente
Nome: _____
CRM: _____ UF: _____

Testemunhas:

1. _____
Nome: _____
CPF: _____

2. _____
Nome: _____
CPF: _____