


QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
	TERMO DE CONSENTIMENTO		
	Código: CC.TCLE.043		
	Data Revisão Atual: 07/05/2026	Data do Vencimento: 07/05/2028	
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Curetagem Uterina		

Por este instrumento particular a paciente _____, nascida em ____/____/____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no especialmente nos termos dos artigos 6º, inciso III, e 9º da Lei nº 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor que dá plena autorização ao médico assistente, Md _____ inscrito no CRM-RS sob o N° _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "**CURETAGEM UTERINA SEMIÓTICA OU TERAPÊUTICA**" por CID-10 _____ e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO E INDICAÇÕES: Procedimento que consiste na raspagem ou aspiração do conteúdo da cavidade uterina com finalidade diagnóstica ou terapêutica.

COMPLICAÇÕES:

- Cólicas abdominais
- Perfuração uterina, podendo ocorrer nesta situação a lesão de alças intestinais
- Infecção
- Lesão do trato urinário
- Hemorragias
- Retenção de restos ovulares
- Necessidade de nova curetagem
- Formação de aderências intrauterinas (síndrome de Asherman)
- Dor pélvica
- Reação à anestesia
- Trombose venosa (rara)

RISCOS ANESTÉSICOS:


- Náuseas
- Vômitos
- Reações alérgicas
- Complicações respiratórias ou cardiovasculares raras

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- 🕒 Cirurgias limpas: até 4%
- 🕒 Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- 🕒 Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo com a adoção de todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e de sua equipe quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
	TERMO DE CONSENTIMENTO		
	Código: CC.TCLE.043		
	Data Revisão Atual: 07/05/2026		Data do Vencimento: 07/05/2028
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Curetagem Uterina		

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura garantia de cura e de que a evolução da doença e do tratamento pode exigir a modificação das condutas inicialmente propostas. Autoriza, desde já, o médico a adotar as providências necessárias para a solução dos problemas eventualmente surgidos, inclusive a realização de transfusão de sangue e hemoderivados (como concentrado de hemácias, plasma fresco, concentrado de plaquetas e concentrado de fatores de coagulação), conforme sua avaliação clínica.

Declara estar ciente e de acordo que todo material retirado poderá ser encaminhado para exame anatomopatológico com finalidade diagnóstica.

Declara ainda que o responsável por este laboratório, a partir do comprovado recebimento de seu material, assumirá a responsabilidade pelo transporte adequado e seguro do mesmo. Que fica sob sua responsabilidade, buscar o resultado do exame, junto ao seu médico e/ou na Secretaria Municipal de Saúde de seu município (se atendido SUS).

Declara exata ciente que durante o procedimento podem surgir achados que exijam modificação da conduta inicialmente planejada, ficando o médico autorizado a adotar a conduta mais segura.

Declara estar ciente de que os dados pessoais e informações de saúde serão tratados conforme Lei Geral de Proteção de dados (Lei nº 13.709/2018), exclusivamente para fins assistenciais, administrativos e legais relacionados ao atendimento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns **RISCOS E COMPLICAÇÕES** deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Veranópolis (RS) _____ de _____ de _____.

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

Md _____
CRM _____
CNS _____

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico 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 Art. 34. É vedado ao médico 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.