	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	Preencher quando não houver etiqueta	
	<b>CURETAGEM</b>	Paciente:	
		Data de Nascimento:	
	Prontuário:		

### Descrição do Procedimento / Objetivos / Riscos e Benefícios

**O QUE É UMA CURETAGEM?** É um procedimento realizado para retirada do endométrio e/ou em caso de gestação, também dos restos ovulares. A curetagem obstétrica só pode ser praticada por via vaginal e o procedimento consiste em dilatar o colo uterino, se o mesmo não estiver aberto, e a seguir extrair restos ovulares com instrumental apropriado (curetas e/ou pinças de Winter com uso de aspiração). Em alguns casos o obstetra poderá optar pela técnica de aspiração manual intra-uterina à vácuo (AMIU).

**POR QUE EU SEREI SUBMETIDA À CURETAGEM?** A curetagem pode ser realizada para retirada de restos ovulares após um abortamento, assim como para retirada do endométrio para estudos (curetagem diagnóstica) ou para tratamento de alguma patologia (curetagem terapêutica).


**PRECISA DE ANESTESIA?** Sim. Esta será avaliada e realizada pelo médico anestesologista. Mais informações sobre este procedimento serão dadas no TCLE de Anestesia.

**QUAIS AS VANTAGENS DE UMA CURETAGEM?** Reduz a chance de sangramentos persistentes (reduzindo a mortalidade), reduz a chance de infecções, além de reduzir a ansiedade ao se esperar a evolução natural do abortamento. Você poderá tentar engravidar normalmente depois da curetagem. No caso das diagnósticas, auxilia no diagnóstico final.

**QUAIS OS RISCOS E DESCONFORTOS DE UMA CURETAGEM?** As pacientes podem apresentar cólicas após o procedimento, assim como sangramento (hemorragia) e necessidade de transfusão de sangue ou hemocomponentes. Há um risco de infecção no útero ou na pelve (cerca de 1 a 3% dos casos), mesmo sendo tomada todas as medidas para prevenção da mesma, assim como existe um risco pequeno de perfuração do útero ou lesões de outros órgãos, como bexiga. Existe um risco pequeno de persistência de restos ovulares após o procedimento, com necessidade de novo procedimento. Existe um risco ainda menor de aderência do endométrio levando a infertilidade (síndrome de Asherman). O risco de mortalidade durante o procedimento é muito baixo, mas existe como em todo procedimento cirúrgico e pode ser potencializado pelas patologias de base da paciente.

**QUAL O DESTINO DO MATERIAL BIOLÓGICO RETIRADO?** Todo material obtido será enviado para um laboratório especializado para completar o estudo anatomopatológico

**E SE ALGO NÃO CORRER COMO O ESPERADO?** Neste caso, concordo e autorizo meu médico a realizar, durante minha internação, todos os atos necessários para preservar minha vida, inclusive transfusão de sangue e hemocomponentes, modificar a técnica cirúrgica definida, para o melhor resultado da minha cirurgia.

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	<b>Preencher quando não houver etiqueta</b>	
	<b>CURETAGEM</b>	Paciente: _____	
		Data de Nascimento: _____	_____
	Prontuário: _____	_____	

**DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL**

Diante do exposto, declaro que li e entendi os riscos e benefícios referentes ao procedimento, tendo a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de explicação, poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento proposto, sem qualquer penalização ou prejuízo do meu cuidado.

( ) PACIENTE            ( ) RESPONSÁVEL – Neste caso, preencher grau de parentesco.

Nome Legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_

Aracaju \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO**

Declaro que esclareci todas as dúvidas pertinentes ao paciente e/ou responsável legal e fiquei à disposição para responder perguntas. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável legal está em condições de compreender o tratamento proposto.

Assinatura e carimbo do profissional: \_\_\_\_\_

Aracaju \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**CONSENTIMENTO NÃO OBTIDO: Emergência e Urgência**

Devido ao quadro clínico grave do paciente, em urgência ou risco iminente de morte, não foi possível fornecer ao mesmo ou ao seu responsável as informações necessárias para a obtenção deste consentimento informado. Assim, baseado no melhor julgamento clínico e respaldado pelas melhores práticas médicas, realizei e registrei em prontuário o motivo da necessidade do procedimento em caráter emergencial e os procedimentos necessários e adequados para melhorar a situação clínica do paciente.

Assinatura e carimbo do profissional: \_\_\_\_\_

Aracaju \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_