

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

DN: ____/____/____ Pront: _____ Atend: _____

Eu _____, portadora do RG nº _____, inscrita no CPF sob o nº _____, residente na Rua _____, nº _____, cidade _____, Estado _____, atualmente gestando um feto de _____ semanas, estou ciente do diagnóstico médico de rotura prematura de membranas e Corioamnionite (CID – _____), conforme demonstra o exame de ultrassonografia e hemograma, que segue anexo no prontuário, demonstrando risco de sepse e óbito materno. Informo que fui esclarecida da condição clínica e dos riscos maternos envolvidos, tanto no caso de manutenção da gestação, como na interrupção da gestação nesta idade gestacional.

Declaro estar ciente de que posso manter a gestação do feto, 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.

OBS: A intervenção consiste na colocação do medicamento Misoprostol na dose de _____ mcg, via vaginal, a cada 6 horas (4 doses).

Pode ser necessário repetir o esquema após 24 horas da última dose, se a paciente não evoluir com a eliminação do concepto.

A indução não é um procedimento livre de riscos, podendo ter efeitos colaterais da utilização do misoprostol, que variam de náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia e febre.

A indicação da indução do aborto, neste caso, é devido ao risco materno de desenvolver sepse e até mesmo o óbito materno devido a amniorrexe prematura com alterações de exames laboratoriais, fechando critérios diagnósticos para Corioamnionite.

Itajubá (MG) _____ de _____ de _____ .

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Ass. Testemunha 1

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Testemunha 2

Nome: _____

RG/CPF: _____

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 danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.