

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
REALIZAÇÃO DE AMNIOCENTESE**

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p align="center">Cole aqui a etiqueta</p> </div> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ___/___/___</p> <p align="center">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p>	<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p>

**DECLARO** Que o Doutor:

Nome: \_\_\_\_\_

CRM n.º: \_\_\_\_\_, Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ser ( ) imprescindível ( ) necessária ( ) conveniente e indicado proceder AMNIOCENTESE em ( ) minha pessoa ou em ( ) paciente supra mencionado, para obter líquido amniótico a fim de estudar aspectos da idade gestacional, bem-estar fetal, maturidade fetal, estudo de enfermidades metabólicas e/ou malformações fetais, infecção do líquido amniótico, aloimunização Rh (risco de anemia fetal) e/ou tratamento de hidramnios (quando líquido amniótico esta muito aumentado). A **amniocentese** é um método de diagnóstico pré-natal que consiste na aspiração transabdominal de pequena quantidade de fluido amniótico da bolsa amniótica, que envolve o feto.

Esclareceu-me que:

- 1) Podem ocorrer riscos potenciais para este procedimento como punção placentária, punção fetal, punção do cordão, rotura da bolsa d'água, desencadeamento do parto e/ou aborto, infecções, enjôos, hemorragia materna, fracasso do procedimento.
- 2) Igualmente me foi explicada tanto as características e procedimento da técnica como os cuidados que devo seguir após a exploração e que me comprometo a observar.
- 3) Foi me informado também que a não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
REALIZAÇÃO DE AMNIOCENTESE**

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **AMNIOCENTESE** proposta.

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Médico

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante ou  
Responsável

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**REVOGAÇÃO**

Revogo o consentimento prestado na data de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante ou  
Responsável