

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
REALIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE AMNIOSCOPIA**

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<p style="text-align: center;">Cole aqui a etiqueta</p> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: __/__/____</p> <p style="text-align: center;">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p>	<p>Nome: _____</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 conveniente e indicado proceder AMNIOSCOPIA em ( ) minha pessoa ou em ( ) paciente supra mencionado, para obter informações indireta sobre o estado do feto assim como observar a cor do líquido amniótico.

Esclareceu-me que:

- Podem correr riscos potenciais para este procedimento:
  - Genéricos: rotura da bolsa d'água, hemorragia materna, fracasso do procedimento, início do parto, etc.
  - Personalizados: (segundo circunstâncias clínicas).

Cuja indicação é:

( ) Imprescindível ( ) Necessária ( ) Conveniente

- Igualmente me foi explicado tanto as características e procedimento da técnica como os cuidados que devo seguir após a exploração e que me comprometo a observar.
- Foi me informado também que a não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

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

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.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que **AMNIOSCOPIA** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Todas as peças operatórias ou materiais extirpados serão enviados para completar o estudo anatomo-patológico.

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
REALIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE AMNIOSCOPIA**

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **AMNIOSCOPIA** 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