

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
REALIZAÇÃO DE CERCLAGEM CERVICAL**

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>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 CIRCLAGEM CERVICAL em ( ) minha pessoa ou em ( ) paciente supra mencionado, cuja a finalidade é reduzir o orifício cervical uterino por risco de aborto/ parto prematuro.

Esclareceu-me que:

1. A intervenção consiste em se aplicar uma cinta ou pontos no colo uterino observando reduzir ou impedir a dilatação do seu orifício (cervical). A intervenção realizar-se-á sob anestesia (geral ou local).

Cuja indicação é:

( ) Imprescindível      ( ) Necessária      ( ) Conveniente

2. A intervenção cirúrgica não garantirá absolutamente a correção da incontinência cervical, existindo uma pequena porcentagem de fracasso. No meu caso, tal procedimento não aumentará o risco atual de interrupção da gestação.

3. A via de abordagem da incontinência habitualmente é a via vaginal, porém em função de certos casos, poder-se-á realizar-se por via abdominal.

4. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

5. Foi me informado também que a não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

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.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
REALIZAÇÃO DE CERCLAGEM CERVICAL

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

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 **CIRCLAGEM CERVICAL** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

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