

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA REALIZAÇÃO
DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ POR ANENCEFALIA**

Paciente/Responsável: _____

CPF: _____ Estado Civil: _____

Nacionalidade: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Telefone: _____

Identificação dos Profissionais Responsáveis

Médico Principal: Dr(a). _____ CRM: _____

Equipe de Auxílio: () Cirurgiões Auxiliares () Anestesiologista

Nome: _____

CRM: _____

O objetivo deste Termo de Esclarecimento e Consentimento Livre e Informado, utilizado pelos hospitais do grupo SANTA JOANA, é esclarecer sobre o procedimento de INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ POR ANENCEFALIA devendo discutir todas as suas dúvidas com seu médico antes de assiná-lo.

Além disto, o Hospital, equipe médica, enfermagem e seus funcionários se colocam à total disposição para eventuais dúvidas e esclarecimentos que porventura sejam necessários durante toda a internação.

É dever de a paciente ou responsável expressar se compreendeu as orientações e informações recebidas. De todo modo, queremos ter certeza se foi suficientemente esclarecida pelo médico e compreendeu o diagnóstico, riscos e objetivos, além de todas as questões aqui mencionadas, tudo isso, para que possamos contribuir e alcançar o melhor resultado para sua saúde e bem estar e que isto contribua para uma melhor estada em nosso Hospital e uma pronta volta para casa.

Esse Termo se destina a aclarar sobre a patologia ***anencefalia***, a inviabilidade dessa condição e a legalidade na interrupção da gestação quando ocorre.

A paciente e/ou responsável receberão os Termos específicos referentes a eliminação fetal, seja por AMIU/curetagem ou parto.

SOBRE O PROCEDIMENTO

Declara a paciente e/ou responsável que foi informada de que a gestação em curso apresenta diagnóstico de **anencefalia fetal**, malformação congênita grave caracterizada pela ausência parcial ou total do encéfalo e da calota craniana, incompatível com a vida extrauterina.

Declara estar ciente que se trata de condição letal, sem possibilidade de tratamento curativo; que a sobrevida após o nascimento, quando ocorre, é extremamente breve; que diagnóstico foi estabelecido e confirmado por meio de avaliação médica e exames de imagem.

Declara estar ciente que conforme entendimento consolidado, a legislação brasileira permite a interrupção da gestação em casos de anencefalia, conforme decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 54 e a interrupção da gestação em caso de anencefalia não configura crime, sendo permitida no Brasil.

Fui informada de que a interrupção da gestação poderá ser realizada por métodos clínicos e/ou cirúrgicos, a depender da idade gestacional e das minhas condições clínicas, que incluem indução medicamentosa do trabalho de parto e procedimentos complementares, se necessários.

Os procedimentos para interrupção da gestação são considerados seguros, todavia podem envolver riscos como dor e desconforto, sangramento (inclusive, raramente, com necessidade de transfusão), infecção, retenção de restos ovulares, perfuração uterina (rara), necessidade de procedimentos adicionais e complicações anestésicas, num rol exemplificativo, a depender da idade gestacional e conduta a ser adotada para o caso específico.

Caso seja coletado material durante o procedimento autorizo o exame anatomopatológico, assim como citopatológico ou cultura: de material, peças cirúrgicas, órgão, amostra de tecido, fluidos corpóreos, autópsias ou imuno-histoquímica solicitados pelo médico(a) e/ou equipe que acompanha meu caso. (Resolução CFM nº 2.169 de 30 de outubro de 2017).

☐ **LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CIRÚRGICA DR. FERDINANDO Q. COSTA LTDA.**
Rua Doutor José de Queirós Aranha, 376 – Aclimação/SP – CEP: 04106-062
Diretor Técnico: Dr. Ricardo Borges da Costa – CRM 53736

☐ **SALOMÃO E ZOPPI SERVIÇOS MÉDICOS E PARTICIPAÇÕES S/A**
Avenida Carinás, 635 – Moema/SP – CEP: 04086-011
Diretor Técnico: Dr. Gianfranco Zampieri – CRM 43268

☐ **GIP MEDICINA DIAGNÓSTICA S/A – FEMME LABORATÓRIO DA MULHER**
Rua Afonso Freitas, 188 – Paraíso/SP – CEP: 04006-050
Diretor Técnico: Dr. Rogério Ciarcia Ramires – CRM 76530

☐ **DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S/A – DASA (GeneOne)**
Avenida Juruá, 434 – Alphaville – Barueri/SP – CEP: 06455-010
Diretor Técnico: Dra. Marcia Simões Cortinhas – CRM 91809

Declara a paciente estar ciente que o material coletado durante o procedimento foi encaminhado para o laboratório acima assinalado.

Ciente _____

- O paciente tem o direito de optar pela realização de seu exame em laboratório da sua escolha, devendo, nesse caso, receber orientações para que ele próprio possa providenciar esse encaminhamento, assinando um respectivo termo de responsabilidade. (Resolução nº 20, de 10 de abril de 2014, da Anvisa).

PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

O processo de recuperação está relacionado diretamente ao procedimento adotado em decorrência da idade gestacional e condições técnicas do caso, previstas em Termo de Consentimento próprio.

ALTERNATIVAS

A paciente foi devidamente esclarecida de que a manutenção da gestação de feto portador de anencefalia não é isenta de riscos maternos, podendo estar associada a intercorrências clínicas e obstétricas, dentre as quais se destacam: polidrâmnio (excesso de líquido amniótico), com consequente desconforto respiratório e dor abdominal; trabalho de parto prematuro; apresentações fetais anômalas; distocia no trabalho de parto; descolamento prematuro de placenta; hemorragia pós-parto, especialmente em decorrência de atonia uterina; bem como maior risco de infecção intrauterina em situações de rotura prolongada de membranas.

ASPECTOS EMOCIONAIS E APOIO

Fui orientada quanto ao impacto emocional do procedimento e informada sobre a possibilidade de acompanhamento psicológico, se desejado.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Após ler cuidadosamente este documento, tive a oportunidade de perguntar e esclarecer todas as minhas dúvidas com relação ao procedimento e suas intercorrências, as quais me foram esclarecidas e AUTORIZO a realização da interrupção da gestação por anencefalia, por minha vontade própria e conforme indicação médica.

Esse Termo de Consentimento poderá ser revogado a qualquer tempo antes da realização da cirurgia.

Data: ____/____/____ Hora: _____

Assinatura da Paciente e/ou Responsável

PREENCHIMENTO MÉDICO

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para a paciente o propósito, os riscos e os benefícios da INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO por ANENCEFALIA

NOME: _____ CREMESP: _____

ASSINATURA _____

Testemunha 1: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Testemunha 2: _____

CPF: _____

Assinatura: _____