



ou

Nome do paciente _____

Nome do cirurgião _____

MRN/DOB _____

**Consentimento para procedimento/operação
Dilatação e evacuação pós-parto**

Eu, _____, por este meio autorizo o meu
(Nome do paciente/tutor legal)

médico _____ em conjunto
(Nome do médico, dentista ou cirurgião responsável)

com os assistentes que ele/ela designar, bem como outros indivíduos que necessitem de participar no procedimento/operação e que podem não ser conhecidos neste momento, mas incluem os indivíduos mencionados na Página 2, a executar o seguinte procedimento/operação:

Dilatação e evacuação pós-parto: remoção dos tecidos do útero.

(Nome do procedimento/operação e breve descrição)

Os nomes e as posições destes indivíduos que participam no procedimento/operação serão registados no prontuário médico. Eu entendo que posso solicitar uma cópia do meu prontuário médico.

Também autorizo quaisquer operações ou procedimentos adicionais que sejam considerados necessários com base nas conclusões tiradas no decorrer do referido procedimento/operação. Quaisquer tecidos ou partes removidas cirurgicamente podem ser descartadas pelo Boston Medical Center de acordo com as práticas habituais.

A natureza, extensão e finalidade da operação, possíveis métodos ou tratamento alternativos (incluindo a escolha de nenhum tratamento), os riscos envolvidos e a possibilidade de complicações foram-me totalmente explicados. Eu entendo que podem existir grandes riscos ou complicações decorrentes do procedimento, sendo que estes incluem, mas não estão limitados a:

infecções, hemorragia, punção do útero, lesões no intestino, bexiga, incapacidade de remover todo o tecido, hemorragia contínua, possível necessidade de um segundo procedimento ou medicação adicional, possível histerectomia (remoção do útero), morte.

Eu reconheço que não me foi dada qualquer garantia quanto aos resultados deste procedimento/operação.

Eu entendo que o meu médico pode precisar de sair da sala de cirurgia durante o meu procedimento/operação. O meu médico/cirurgião explicou e respondeu a todas as minhas perguntas sobre possíveis ausências.

Eu entendo que este procedimento/operação pode ter valor pedagógico ou científico. Se ocorrerem filmagens clínicas (gravação por fotografia, vídeo, meios eletrónicos ou de áudio), eu devo ser informada com antecedência pelo meu médico sobre o uso e a finalidade das filmagens clínicas antes das filmagens, sempre que possível. Eu entendo que tenho o direito de recusar qualquer filmagem clínica.

Eu autorizo a administração (transusão) de sangue ou produtos sanguíneos durante este procedimento/operação ou no período pós-operatório imediato, caso sejam indicados. Estou consciente de que isso envolve riscos adicionais, incluindo, entre outros: febre e reações alérgicas, transmissão de doenças tais como a hepatite, VIH/SIDA e citomegalovírus e sobrecarga de fluidos.

Se recusar o uso de sangue ou produtos sanguíneos: Os riscos da recusa de transfusão de sangue ou produtos sanguíneos, se forem considerados necessários durante o procedimento/operação proposta, foram-me explicados pelo meu médico/cirurgião. Eu entendo que a minha recusa em aceitar uma transfusão de sangue, caso seja necessário durante ou imediatamente após este procedimento/operação, pode colocar-me em maior risco de complicações ou consequências catastróficas que incluem, mas não estão limitadas a: lesões cerebrais, ataque cardíaco, acidente vascular cerebral, insuficiência renal (diálise), intubação prolongada, incapacidade permanente e morte. No entanto, eu recuso a transfusão de sangue ou produtos sanguíneos.

Iniciais do paciente: _____

Eu entendo que é possível que um ou mais profissionais do setor da saúde (representantes técnicos de empresas de equipamentos e dispositivos médicos) possam estar presentes durante este procedimento/operação para fins de consultoria relacionados apenas com um produto.

Consentimento para procedimento/operação Dilatação e evacuação pós-parto

Se for usada sedação durante este procedimento/operação para controlar a minha dor, eu entendo que este método de controlo da dor tem riscos. Estes riscos incluem, mas não estão limitados a: diminuição da tensão arterial que pode exigir fluidos intravenosos e/ou medicamentos e dificuldade em respirar que pode exigir assistência respiratória. Os efeitos secundários mais comuns da sedação são náuseas e vômitos. Em casos raros, pode haver reações alérgicas ou paragem cardíaca (paragem do coração). Eu compreendo que posso sentir dor, mesmo depois de receber sedação.

Eu atesto que li e compreendi totalmente o consentimento acima apresentado, que me foram dadas explicações e que o médico/cirurgião respondeu a todas as minhas perguntas. Eu autorizo este procedimento/operação.

OBRIGATÓRIO REGISTAR DATA/HORA

Assinatura
Nome: _____ Letra de imprensa
Nome: _____ Data: _____ Hora: _____
Paciente

Assinatura
Nome: _____ Letra de imprensa
Nome: _____ Data: _____ Hora: _____
Progenitor/Tutor/Representante (caso se aplique)

Assinatura
Nome: _____ Letra de imprensa
Nome: _____ Data: _____ Hora: _____
Prestador/Médico/Cirurgião

Interprete a explicação do prestador de cuidados. (O intérprete deve assinar abaixo, se aplicável)

Assinatura
Nome: _____ Letra de imprensa
Nome: _____ Data: _____ Hora: _____

				DIA ATUALIZADO DO PROCEDIMENTO/ OPERAÇÃO, SE APLICÁVEL		
	Participante	Nome	Ano	Paciente Iniciais	Data	Hora
<input type="checkbox"/>	Associado					
<input type="checkbox"/>	Residente					
<input type="checkbox"/>	Médico Assistente Enfermeiro/a Certificado/a					
<input type="checkbox"/>	Enfermeira Parteira Certificada					
<input type="checkbox"/>	Profissional Médico					
<input type="checkbox"/>	Outros					

				DIA ATUALIZADO DO PROCEDIMENTO/ OPERAÇÃO, SE APLICÁVEL		
	Participante	Nome	Ano	Paciente Iniciais	Data	Hora
<input type="checkbox"/>	Associado					
<input type="checkbox"/>	Residente					
<input type="checkbox"/>	Médico Assistente Enfermeiro/a Certificado/a					
<input type="checkbox"/>	Enfermeira Parteira Certificada					
<input type="checkbox"/>	Profissional Médico					
<input type="checkbox"/>	Outros					