

**Definição:** Curetagem é um procedimento realizado para retirar do útero os restos de um aborto incompleto, placenta após o parto normal ou como meio de diagnóstico, sendo neste último caso denominada curetagem semiótica. O procedimento é realizado sob anestesia geral ou raquianestesia e pode ser necessária a dilatação do colo uterino para realização do procedimento com mais segurança.

AMIU (aspiração manual intrauterina) é um procedimento de esvaziamento uterino para tratamento do aborto retido ou incompleto no primeiro trimestre da gestação, que é realizado sob analgesia ou anestesia (comumente empregada bloqueio paracervical).

Declaro que:

1. Recebi informação que a curetagem/AMIU é indicada para pacientes que necessitam (a) retirar restos ovulares em caso de aborto, (b) restos da placenta após o parto normal, (c) remover o ovo sem embrião ou pólipos uterinos, (d) retirar restos de aborto retido, incompleto ou infectado e (e) de esvaziamento de mola hidatiforme (embrião que não se desenvolve corretamente). A AMIU também indicada para biópsia de endométrio, confirmação de câncer de endométrio, infertilidade primária e secundária, sangramento anormal uterino, amenorreia, hiperlasia, infecções crônicas do endométrio, monitoração da terapia de reposição hormonal e neoplasia intrauterina, além de outras situações menos frequentes.
2. Recebi esclarecimento que a AMIU não é recomendada para pacientes (a) com gestação superior a 12 semanas, (b) perfuração uterina e (c) dilatação cervical com mais de 12mm.
3. Estou ciente que as complicações e riscos mais comuns a estes procedimentos são infecções com possibilidade de evolução febril, cólicas e sangramentos. Complicações são raras, mas podem ocorrer: perfuração do útero, infecção uterina, hemorragia com a possível necessidade de transfusão, lesão do trato urinário e lesão intestinal, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico.
4. Recebi orientações que, após a realização do procedimento, é recomendado não fazer esforço, evitar atividades físicas, evitar a utilização de absorventes internos e não manter relação sexuais por duas semanas.
5. Recebi orientação de que toda peça operatória ou material removido será enviado para realização de estudo anatomopatológico.
6. Estou ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem indicar ao médico a modificação das condutas.
7. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas as informações sobre meu estado de saúde, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.
8. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes.
9. Li, recebi esclarecimentos de forma compreensível pela equipe médica, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, AUTORIZO a realização da curetagem/aspiração manual intrauterina. Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento durante a internação hospitalar.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal**

---

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco ou vínculo: \_\_\_\_\_

*(obrigatório nos casos de representação):*

**Preenchimento Obrigatório pela Equipe Médica**

---

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Médico

**Testemunhas:**

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

CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

---

Revogação: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos.

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante Legal