



Hospital São Paulo
SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
Hospital Universitário da Unifesp
Sistema de Gestão da Qualidade



DOCUMENTOS PARA INTERRUPTÃO POR VIOLÊNCIA SEXUAL

	Hospital São Paulo SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Hospital Universitário da Unifesp Sistema de Gestão da Qualidade	
---	---	---

TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

Eu, _____, brasileira, _____ anos, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, declaro que no dia _____, do mês _____ do ano de 20____ às _____, no endereço _____ (ou proximidades – indicar ponto de referência) _____, bairro _____, cidade _____, fui vítima de crime de violência sexual, nas seguintes circunstâncias: _____

Em caso de agressor(s) desconhecido(os):

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por _____ homem(s) de aproximadamente _____ anos, raça/cor _____ cabelos _____, trajando (calça, camisa, camisetas, tênis e outros), outras informações (alcoolizado, drogado, condutor do veículo/tipo etc.). _____

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____

Em caso de agressor (a)(s) conhecido (a)(s)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por (informação opcional) _____, sendo meu/ minha _____ (indicar grau de parentesco ou de relacionamento social e afetivo), com _____ anos de idade e que no momento do crime encontrava-se/ ou não (alcoolizado, drogado) _____

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____

É o que tenho/ temos a relatar

Local e data: São Paulo, _____ de _____ de 20____

Nome, identificação e assinatura

TESTEMUNHAS

TESTEMUNHAS

Profissional de saúde Nome, identificação e assinatura

Profissional de saúde Nome, identificação e assinatura

 HOSPITAL SÃO PAULO	Hospital São Paulo SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Hospital Universitário da Unifesp Sistema de Gestão da Qualidade	 UNIFESP UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO 1933
---	--	---

"Como paciente e exercendo meu direito legal declaro que autorizei por livre e espontânea vontade a obtenção da assinatura das duas testemunhas acima, havendo assim meu consentimento e não caracterizando descumprimento do princípio do sigilo médico."

PARECER TÉCNICO

Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultra-sonografia obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar nº _____ da paciente _____, documento tipo _____ nº _____ ; manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada.

Local e data: São Paulo, _____ de _____ de 20____

Médico – Assinatura e carimbo

TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ
RESULTANTE DE ESTUPRO

Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de Obstetrícia do Hospital São Paulo, pertencente a Escola Paulista de Medicina - UNIFESP, avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada, pela usuária _____, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, registro hospitalar nº _____ com _____ semanas de gestação. Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.

Local e data: São Paulo, _____ de _____ de 20____

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

Equipe multiprofissional:

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

	Hospital São Paulo SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Hospital Universitário da Unifesp Sistema de Gestão da Qualidade	
---	---	---

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Por meio deste instrumento, eu _____, portadora do documento de identificação tipo _____ nº _____, ou legalmente representada por _____, portador (a) do documento de identificação tipo _____ nº _____, assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto, previstos nos artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as informações por mim prestadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do Hospital São Paulo, pertencente a Escola Paulista de Medicina – UNIFESP, NÃO correspondam à legítima expressão da verdade.

Local e data: São Paulo, _____ de _____ de 20____

Nome, identificação e assinatura.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Por meio deste instrumento eu, _____, documento de identificação tipo _____, nº _____ registro hospitalar nº _____ e/ou meu representante legal/responsável _____ documento de identificação tipo _____ nº _____, em conformidade com o Artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, exerço o direito de escolha pela interrupção da gestação de forma livre, consciente e informada.

Declaro que estou informada da possibilidade de manter a gestação até o seu término, sendo-me garantido os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para a situação; e das alternativas após o nascimento, que incluem a escolha de permanecer com a criança e inseri-la na família, ou de proceder com os mecanismos legais de doação.

Declaro, estar esclarecida (os) dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (abortamento previsto em Lei), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis

Declaro, que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, exceto em caso de requisição judicial.

Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e ter entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de violência sexual, e autorizo a equipe do Hospital São Paulo, pertencente a Escola Paulista de Medicina – UNIFESP, aos procedimentos necessários.

Local e data: São Paulo, _____ de _____ de 20____

Nome, identificação e assinatura

TESTEMUNHA
Nome, identificação e assinatura

TESTEMUNHA
Nome, identificação e assinatura

"Como paciente e exercendo meu direito legal declaro que autorizei por livre e espontânea vontade a obtenção da assinatura das duas testemunhas acima, havendo assim meu consentimento e não caracterizando descumprimento do princípio do sigilo médico."



Hospital São Paulo
SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
Hospital Universitário da Unifesp
Sistema de Gestão da Qualidade





Hospital São Paulo
SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
Hospital Universitário da Unifesp
Sistema de Gestão da Qualidade



DOCUMENTOS PARA INTERRUÇÃO POR RISCO DE MORTE OU ANENCEFALIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE CURETAGEM
UTERINA PÓS-ABORTO**

Eu _____; RG _____;
_____ anos de idade, consinto que o Dr. _____; CRM _____;
realize em mim o procedimento de CURETAGEM UTERINA PÓS-ABORTO. Fui informada que o
procedimento será realizado depois de eu ter sido informada de maneira clara sobre a necessidade de realizar o
procedimento e de todos os riscos associados. Desta maneira fui informada e compreendi o que segue:

Compreendo que a curetagem uterina pós-aborto é um procedimento realizado para esvaziar o útero de parte ou
de todo o material que restou de uma gravidez interrompida e autorizo a proceder com as investigações que se
fizerem necessárias para o completar o diagnóstico e avaliar o meu estado de saúde, bem como a realizar o
tratamento cirúrgico denominado de “CURETAGEM PÓS-ABORTO”, e todos os procedimentos necessários,
inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido
profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declaro, também que me foram apresentadas
métodos alternativos e que este foi o procedimento mais indicado.

PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES:

A curetagem pós-aborto é realizada com anestesia geral endovenosa, com duração de aproximadamente 20
minutos. Pode haver necessidade de dilatação do colo uterino para a realização do procedimento com mais
segurança. Ocasionalmente pode não ser possível o esvaziamento completo do útero, sendo necessário nova
curetagem.

PÓS-OPERATÓRIO E COMPLICAÇÕES:

A curetagem uterina pós-aborto é um procedimento cirúrgico, e como todos os procedimentos cirúrgicos encerra
riscos.

Geralmente apresenta cólicas abdominais (pela manipulação), que aliviam com o uso de medicação e
sangramento vaginal em pequena quantidade que poderá durar alguns dias. A alta ocorre após a recuperação da
anestesia, geralmente 2 a 3 horas após o procedimento. No entanto, se for realizado o diagnóstico de aborto
infectado, poderei permanecer mais dias no hospital. As complicações são: risco anestésico, perfuração do útero,
infecção uterina, lesão do trato urinário, lesão intestinal, hemorragias. Em casos mais raros pode ser necessária a
histerectomia (retirada do útero) por complicações como hemorragia ou infecção. Ainda, existem riscos futuros
pela realização da curetagem, tais como aderências internas no útero (sinequias) que poderão ser causa de
infertilidade.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado, desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Declaro, ainda, que fui informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresso o meu pleno consentimento para sua realização e firmo o compromisso de respeitar as instruções fornecidas pelo médico, estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos.

Também entendi que, a qualquer momento, antes que a curetagem uterina pós-aborto se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto e optar por não fazê-la e, então, sei também dos riscos que corro por optar pela não realização do procedimento. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realize a CURETAGEM UTERINA PÓS-ABORTO proposta.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Assinatura do paciente ou responsável legal:

Nome do paciente ou responsável legal: _____

Identidade nº: _____

Local e data: São Paulo, _____ de _____ de 20____

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura:

Nome do médico: _____

CRM: _____

	Hospital São Paulo SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Hospital Universitário da Unifesp Sistema de Gestão da Qualidade	
---	--	---

Local e data: São Paulo, _____ de _____ de 20____

ATA DE ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA

Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de Obstetrícia do Hospital São Paulo, pertencente a Escola Paulista de Medicina - UNIFESP, avaliou a ultrassonografia da usuária _____, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, registro hospitalar nº _____ com _____ semanas de gestação. Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com resolução 1.989 de 14 de maio de 2012 do CFM. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.

Local e data: São Paulo, _____ de _____ de 20__

Médico – Assinatura e carimbo

Médico – Assinatura e carimbo

TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ POR
RISCO DE MORTE MATERNA

Nesta data, a Equipe de Obstetrícia do Hospital São Paulo, pertencente a Escola Paulista de Medicina - UNIFESP, juntamente com a(s) clínica(s) _____, avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado no risco de morte trazido à usuária _____, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, registro hospitalar nº _____ com _____ semanas de gestação decorrente da gestação instalada concomitante às seguintes intercorrências clínicas: _____

Justifica-se o risco iminente a vida da paciente da seguinte maneira: _____

Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso I do Código Penal. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.

Local e data: São Paulo, _____ de _____ de 20____

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

Médico – Assinatura e carimbo

Médico – Assinatura e carimbo

Médico – Assinatura e carimbo