

FORMULÁRIO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO/ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA
DO PARTO EM SITUAÇÃO DE GRAVIDEZ COM ANENCEFALIA****CÓDIGO:
FP.CMED.008****REVISÃO: 00****PÁGINA: 1/2****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO/ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO EM SITUAÇÃO DE
GRAVIDEZ COM ANENCEFALIA**

Eu _____, _____ anos,
portadora do RG nº _____, inscrita no CPF sob o nº _____,
residente na Rua _____, nº _____,
cidade _____, Estado _____, CEP _____, atualmente
gestando um feto de _____ semanas, estou ciente de que o mesmo apresenta diagnóstico de
anencefalia (CID – 10Q00.0), conforme demonstra o exame de ultrassonografia que segue anexo
e que vem acompanhado de documentação fotográfica com duas imagens em posição sagital e
corte transversal do polo cefálico, demonstrando, de forma inequívoca, a ausência de calota
craniana e de parênquima cerebral identificável.

Informo que fui esclarecida da condição clínica da anencefalia e dos riscos maternos envolvidos,
tanto no caso de manutenção da gestação até o termo, como na interrupção da gestação nesta
idade gestacional.

Declaro estar ciente de que posso manter a gestação do feto anencefálico até o termo,
entretanto, **declaro que meu desejo é de interromper a presente gestação**, conforme firmado
neste instrumento.

Declaro ainda ter sido esclarecida sobre os procedimentos que serão adotados para o
abortamento medicamentoso, possíveis desconfortos, riscos inerentes, forma de assistência,
forma de acompanhamento e os profissionais que serão responsáveis pelo meu atendimento,
tudo em conformidade com o Código de Ética Médica, do qual tomei conhecimento.

Por fim, informo que todas as minhas dúvidas foram respondidas de forma clara e
compreensível, não restando questões que impeçam a tomada de decisão livre e esclarecida,
bem como que o presente instrumento foi elaborado em conformidade com a Resolução CFM
n.º 1.989/2012.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

FORMULÁRIO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO/ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA
DO PARTO EM SITUAÇÃO DE GRAVIDEZ COM ANENCEFALIA**

**CÓDIGO:
FP.CMED.008**

REVISÃO: 00

PÁGINA: 2/2

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Capítulo IV

DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

(...)

Art. 22º. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Capítulo V

RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

(...)

Art. 34º. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Resolução CFM 1.989/2012 - Art. 1º Na ocorrência do diagnóstico inequívoco de anencefalia o médico pode, a pedido da gestante, independente de autorização do Estado, interromper a gravidez.