DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA DE MASSACHUSETTS
(MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH)

Termo de consentimento de aborto medicamentoso

NOME DA INSTALAÇÃO

NOME DA PACIENTE *(em letra de forma)*	IDENTIDADE DA PACIENTE *(apenas para uso administrativo)*

A legislação de Massachusetts requer a assinatura deste termo de consentimento livre e esclarecido elaborado pelo Departamento de Saúde Pública de Massachusetts (MDPH).

Ao assinar abaixo, confirmo que li, entendi e concordei com as seguintes declarações:

- Dou consentimento à realização do aborto medicamentoso, que interromperá minha gravidez.
- Entendo que tomarei dois medicamentos: mifepristona e misoprostol. A mifepristona e o misoprostol interromperão minha gravidez e esvaziarão meu útero. Os medicamentos causarão fortes cólicas e sangramento.
- Os efeitos colaterais esperados de um aborto medicamentoso incluem cólicas, febre, mal-estar, náusea ou diarreia. Sangramentos leves podem durar duas semanas ou mais.
- Entendo que as seguintes complicações são raras:
  - febre, dor ou desconforto, fraqueza, náusea, vômito ou diarreia por mais de 24 horas depois de ter tomado a segunda medicação, que pode ser causada por uma infecção;
  - a gravidez ou parte dela pode ser mantida em meu útero;
  - sangramento intenso que exigiria uma transfusão de sangue;
  - reações aos medicamentos como desmaios, dores de cabeça, sensação de tontura ou de fraqueza;
  - infecção grave ou morte (que pode ocorrer em menos de 1 a cada 100.000 abortos e é 10 vezes menor do que a taxa de morte por parto).
- Tenho um plano com meu profissional de saúde para confirmar o término da gravidez.
- Tive oportunidade de fazer perguntas e falar sobre minhas preocupações com meu profissional de saúde.

ASSINATURA DA PACIENTE	DATA
ASSINATURA DE UM DOS PAIS/RESPONSÁVEL *(se a paciente tiver menos de 16 anos e nunca se casou)*	DATA

☐ Autorização judicial obtida.

Este termo deve ser preservado unicamente pela instalação como parte de seu registro médico confidencial.

Termo de consentimento de aborto medicamentoso MDPH; última revisão em 2022. Este termo de consentimento está disponível em diversos idiomas comumente falados em Massachusetts. Para solicitar idiomas adicionais, envie um e-mail para: dph-abconsents@mass.gov.