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

Termo de consentimento do procedimento de aborto

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 procedimento de aborto, que encerrará minha gravidez.
- Pode ser oferecida uma anestesia local (pequena área do corpo), geral (em todo o corpo) ou outro tipo de anestesia para tornar o procedimento mais confortável. Entendo que a anestesia geral e outras apresentam mais riscos do que a anestesia local.
- Entendo que complicações são raras em procedimentos de aborto e podem incluir:
  - infeção;
  - sangramento intenso (hemorragia);
  - a gravidez ou parte dela pode ser deixada em meu útero;
  - reações aos medicamentos;
  - problemas de coagulação sanguínea;
  - ruptura no colo uterino ou útero;
  - lesões em órgãos próximos;
  - histerectomia (remoção do útero) ou;
  - morte, que é extremamente rara.
- Tive oportunidade de fazer perguntas e falar sobre minhas preocupações com meu profissional de saúde.
- Sei como entrar em contato meu profissional de saúde, se necessário.

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 do procedimento de aborto MDPH; última revisão de 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.