

Termo de Consentimento Esclarecido para Parto Cesáreo

Nome: _____	
Registro: _____	

Declaro que me foi explicado sobre o procedimento de parto cesáreo a que serei submetida pela equipe médica desta instituição. Estou ciente que não existe procedimento médico isento de riscos, mesmo com o uso das melhores técnicas.

O procedimento será realizado por no mínimo dois médicos obstetras, que farão um corte na barriga (da parede abdominal até o útero) para possibilitar a retirada do bebê. Desta cirurgia resultará uma cicatriz visível que poderá ser transversal ou longitudinal ao corpo, dependendo da indicação médica para tal, levando-se em conta o risco e a urgência no momento da realização da cirurgia.

A gestante deverá estar preferencialmente em jejum, pelo menos de 6 a 8 horas, caso não se trate de uma emergência.

Para realização do parto cesáreo é obrigatória a administração de uma anestesia, que será avaliada pelo médico anesthesiologista, indicando qual a melhor técnica para o seu caso. As técnicas de escolha são as regionais, raqui e peridural. A anestesia geral só é indicada em situações de contraindicação destas.

Declaro, também, ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do meu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente.

Declaro ter ciência de que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica.

Declaro ainda ter sido informada de que o parto cesáreo representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo os mais comuns: infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório. Estou ciente de que como em toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão arterial, idade avançada, anemia, obesidade), pode haver uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto clínicos como cirúrgicos, assim como um mínimo de percentual de mortalidade.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantido a minha decisão de realizar parto cesáreo.

Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de fornecer nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize o procedimento de parto cesáreo proposto. Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Deve ser preenchido pela paciente ou responsável:

☐ Paciente

Responsável *

Nome: * _____ Identidade nº * _____

Grau de parentesco: * _____ Assinatura _____

Rio de Janeiro, ____/____/____ Hora: ____:____.

Deve ser preenchido pelo médico:

Declaro que expliquei à paciente e/ou responsável todos os procedimentos que o parto cesáreo, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, a paciente ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome do Médico / CRM ou Carimbo

Assinatura