

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA ATENDIMENTO OBSTÉTRICO - PARTO NORMAL E/OU CESARIANA

Declaro que fui informado quanto aos principais aspectos relacionados ao Atendimento Obstétrico ao qual serei submetida nesta instituição.

Declaro ainda que:

- a)** Fui informada prévia e claramente que os procedimentos para atendimento obstétrico, que podem ser partos vaginais ou cesarianas, envolvem riscos tanto para a mãe quanto para o feto. E também de que doenças intercorrentes da mãe sejam específicas ou não da gestação como hipertensão arterial, diabetes, idade materna avançada, AIDS, tabagismo, uso de drogas ainda que eventual, hepatite, história de tromboembolismo, etc, podem aumentar os riscos do nascimento. Entendo que estes riscos podem ser minimizados por um acompanhamento pré-natal, mas complicações podem ser imprevisíveis.
- b)** Compreendi que os partos vaginais envolvem um processo de dilatação do colo uterino e contrações, que vão fazendo com que o feto vá progredindo pelo canal vaginal até a rotura das membranas (bolsa onde ele se encontra) e o nascimento em um processo chamado de trabalho de parto cuja duração varia de caso a caso, sendo em média de 06 a 10 horas, porém, mais prolongado na primeira gestação. Tenho ciência de que no momento do nascimento pode ser necessária a realização de episiotomia, que consiste em um corte que será suturado após a saída do bebê.
- c)** Fui informada de que durante o trabalho de parto as equipes médica e de enfermagem farão o acompanhamento tanto da progressão da dilatação e das contrações quanto das condições de saúde, minha e do bebê, através do exame físico e monitoramento dos batimentos cardíacos fetais, além de exames do líquido amniótico e que caso sobrevenha algum sinal de risco, serão tomadas medidas para abreviação do trabalho de parto, o que pode ocorrer pelo uso de instrumentos chamados fórceps ou por indicação de parto por via abdominal (cesária).
- d)** Estou ciente de que o parto cesariana pode ocorrer em situações de urgência ou eletivas (planejadas, que ocorrem por questões anatômicas, fisiológicas, ou patológicas da placenta, da mãe e/ou do feto). Fui informada de que o nascimento, neste caso ocorre através de um corte realizado no abdome, que pode ser longitudinal ou transversal, dependendo das condições anatômicas.
- e)** Fui esclarecida de que o sangramento em partos normais ou cesarianas é normal, sendo que o organismo já se prepara para isto durante o período de gestação; entretanto complicações podem ocorrer, como descolamento prematuro da placenta, retenção da placenta, lesões de vasos sanguíneos, lacerações no canal de parto ou no útero que necessitam de intervenção imediata. Fui alertada de que após o nascimento, o útero deve contrair diminuindo o sangramento, o que pode não ocorrer levando ao fenômeno chamado de atonia uterina. E também de que em situações muito graves de atonia, com sangramento abundante pode ser necessária a retirada do útero para salvaguardar a vida da mãe. Estou ciente de que podem ocorrer ainda, lesões em órgãos adjacentes ao canal vaginal, hematomas, embolia (por coágulos ou líquido amniótico) ou complicações gerais como infecções, problemas cardiovasculares, respiratórios, entre outros. Eventos fatais são muito raros.
- f)** Entendo também que o Atendimento Obstétrico pressupõe procedimentos médicos invasivos que podem apresentar situações inesperadas e fortuitas e imprevisíveis.
- g)** Recebi esclarecimento de que para a realização do atendimento proposto pode ser necessário o emprego de anestesia/sedação. Compreendo e aceito que a administração de sedativos/anestésicos podem causar complicações, ainda que sejam pouco frequentes.



h) Assim, após esclarecimento e por livre iniciativa autorizo que o atendimento proposto seja realizado pela equipe do médico abaixo identificado, incluindo-se quaisquer outros procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e emergenciais, fazendo uso de todos os recursos disponíveis nesta instituição.

i) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

j) Relatei aos médicos responsáveis pelo procedimento acerca das medicações de que faço uso, das doenças, alergias, e do acompanhamento realizado no pré natal, consultas e exames.

k) Estou ciente de que a placenta, as membranas e o cordão umbilical após o nascimento da criança serão examinados e desprezados ou, em algumas situações definidas pelo médico, serão enviados para exame anatomopatológico. E também de que o feto morto também é encaminhado para exame anatomopatológico.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmo que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

São Paulo, _____ de _____ de 20 _____.

Hora: _____ : _____

Nome legível: _____

Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o procedimento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto