

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO CESÁREA	Código:
		DC.NSP.00000-04
		Versão:
		02 Criado em: 24/06/2020
Nome do arquivo:	DC.NSP.00000-04_ TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO CESÁREA.docx	

☐ Paciente ☐ Responsável

Nome legível: _____

CPF(MF): _____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____

Testemunha: _____ ☐ Não há testemunha

Fortaleza, _____ de _____ de _____. Hora: _____

**Etiqueta
do
Paciente**

1. Declaro para os devidos fins minha decisão de realizar PARTO CESÁREA.
2. 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.
3. Declaro estar ciente de que a data da cesárea será definida pelo(a) médico(a) assistente, com base nos indicativos de completa maturidade do feto, consoante a literatura médica pertinente.
4. Declaro ainda ter sido informada pelo(a) Dr.(a) _____ CRM/CE _____ que a cesárea 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 e como em toda intervenção Cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.
5. Autorizo o mesmo a ter uma cópia do relatório cirúrgico, respeitados os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.
6. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre o procedimento.
7. Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, quaisquer procedimentos adicionais que visem meu benefício.
8. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados pelo médico, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes:

9. Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente. ☐ Sim ☐ Não
10. Assim declaro que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre meu tratamento e o procedimento a que serei submetido, sendo prontamente respondidas e esclarecidas todas as minhas dúvidas. Todavia, tendo em vista que a natureza da prestação dos serviços médicos é de meio, estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado.
11. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
12. Infecção Hospitalar: A portaria nº 2.616 de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos que são:

- Cirurgias Limpas – 2%(são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório e urinário);

- Cirurgia Potencialmente Contaminada – 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
- Cirurgia Contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui a obstrução biliar urinária.
- Cirurgias Infectadas – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e /ou tecido necrótico).

Baseados nos conceitos acima sobre infecção hospitalar, que me foram todos explicados, estou ciente de que nenhuma cirurgia é isenta de risco de infecção hospitalar, e conseqüentemente aceito esse risco.

13. RISCO EPIDEMIOLÓGICO DECORRENTE DO COVID-19 - Fui devidamente esclarecida pelo meu médico cirurgião e estou completamente ciente dos riscos a que estarei exposta (a) no perioperatório e no pós-operatório imediato, sobretudo no período de internação, referente a possível e eventual contaminação pelo COVID-19, também chamado de NOVO CORONAVÍRUS. Tenho ciência que eventual infecção com o COVID-19 poderá provocar em meu organismo febre, dores musculares, dificuldade respiratória e, até mesmo, a própria morte, mesmo diante de todos os protocolos institucionais preventivos adotados pelo hospital. Declaro que estou ciente dos riscos informados, estou de acordo com a realização do procedimento e anestesia/sedação me comprometo a cumprir as orientações e normas de segurança para minimizar o risco de contaminação.
14. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os termos descritos e que me foi oportunizado anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, podendo, inclusive, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize, mediante solicitação por escrito.

Fortaleza, _____ de _____ de _____. Hora: _____

Ass.: (Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

DEVE SER PREENCHIDO PELO CIRURGIÃO:

- ☐ Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
- ☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Fortaleza, _____ de _____ de _____. Hora: _____

Médico-cirurgião
CRM