

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
15ª REGIONAL DE SAÚDE

Eu, _____
nacionalidade _____, portadora do RG nº _____, e inscrita no CPF/MF sob o nº _____,
residente e domiciliada no endereço _____
na cidade de _____/PR, declaro para os devidos fins minha decisão de realizar PARTO CESARIANO¹.

Declaro ter ciência que o parto vaginal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, trás mais benefícios e vantagens para a mãe e o bebê. Declaro ainda ter sido informada pelo Dr.(a) _____
CRM/PR _____ 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).

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

Declaro estar ciente da necessidade de anestesia para realização da cirurgia, o que envolve risco como reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções cirúrgicas, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros. Para o recém nascido há maior chance de desconforto respiratório, bem como maior incidência de reanimação neonatal, e maior risco de admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal. Como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivada do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente, tanto para a mãe como para o bebê

Declaro estar ciente de que a data do parto cesariano será definido pelo(a) médico(a) assistente junto à Instituição Hospitalar, de acordo com a disponibilidade de sala cirúrgica, devendo ocorrer entre 39 semanas e 40 semanas e 6 dias, visando a completa maturidade do feto (Resolução Normativa do Conselho Federal de Medicina nº 2.144, de 17 de março de 2016, que em condições normais somente poderá ser realizada a partir de 39ª semana de gestação).

Declaro estar ciente que se entrar em trabalho de parto após as 39 semanas de gestação fora da data agendada para a realização do procedimento, ficará a cargo da equipe hospitalar definir a via de parto de acordo com a disponibilidade de sala cirúrgica no momento, podendo ser encaminhado ao parto normal, se não houver SALA CIRÚRGICA DISPONÍVEL.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas com a equipe de saúde e mantenho minha decisão de realizar o parto cesariano.

Finalmente, declaro ter sido atendida em minhas dúvidas e questões, por meio de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceitado as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresso meu pleno consentimento para sua realização.

Este documento foi elaborado em 2 vias, sendo que uma ficará no meu prontuário e a outra na minha posse.

_____ de _____ de _____.

1. Nomenclatura do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (SIGTAP)