

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

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Nome do diretor médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

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

Declaro ainda que:

a) Fui informada prévia e claramente que os procedimentos para atendimento obstétrico, que podem ser partos vaginais ou cesariana, 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 6 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 no períneo e na vagina 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, das contrações quanto das condições de saúde, minha e do bebê, através de 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 de fórceps ou por indicação de parto por via abdominal (cesariana).

d) Fui esclarecida de que apesar de a via vaginal ser considerada a melhor para o parto, podem ocorrer complicações como dor, sangramentos, hematomas ou infecção no local da incisão, que na grande maioria das vezes são tratadas com sucesso; compreendi que a passagem do feto pelo canal de parto pode causar lesões na bexiga, reto, ânus, esfíncteres interno e externo podendo levar a complicações imediatas e/ou tardias. Fui informada também de que em situações que são pouco frequentes podem ocorrer no recém-nascido fratura espontânea de clavícula ou intercorrências decorrentes do uso de fórceps que geralmente apresentam boa evolução, e não causam problemas posteriores. Em situações muito raras podem ocorrer complicações imprevisíveis com sequelas graves e/ou óbito intraparto.

e) Estou ciente de que o parto cesariana pode ocorrer em situações de urgência ou eletivas( planejadas ou a pedido, que ocorrem por decisão pessoal, 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 que resultará em uma cicatriz visível com resultado estético variável e individual.

f) 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; para que isso ocorra adequadamente pode ser necessário o uso de ocitocina sintética. Quando a contração uterina não acontece, temos um fenômeno chamado de atonia uterina. Compreendi que em situações muito graves de atonia, com sangramento abundante pode ser necessário transfusão sanguínea e/ou a retirada do útero para salvar a vida da mãe(mesmo que a paciente tenha intenção de ter mais filhos). Estou ciente de que podem ocorrer ainda, lesões em órgãos adjacentes ao canal vaginal, hematomas, embolias (por coágulos ou líquido amniótico) ou complicações gerais como infecções, problemas cardiovasculares, respiratórios, entre outros. Eventos fatais são muito raros.

g) Entendo também que o Atendimento Obstétrico pressupõe procedimentos médicos invasivos que podem apresentar situações inesperadas e fortuitas e imprevisíveis.

h) Fui esclarecida de que a cesárea quando comparada ao parto vaginal normal, representa maiores riscos para a mãe sendo os mais comuns infecção, hemorragia, atonia uterina, necessidade de transfusão sanguínea e infecção da cicatriz operatória; e para o recém nascido maior chance de desconforto respiratório (cansaço) às vezes necessitando de internação em UTI.

continua no verso



i) 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.

j) 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.

k) 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.

l) 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.

m) 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 quando ocorre óbito do feto intra útero ou no período pós nascimento por causa desconhecida, o corpo será encaminhado para o Serviço de Verificação de Óbito.

n) Fui informada de que o Hospital não dispõe de acompanhantes de parto (doulas) em seu quadro de colaboradores e em caso de eventual contratação particular por parte da paciente, não se responsabiliza pela atuação destas profissionais que para terem acesso à sala de parto devem ser previamente cadastradas na Instituição.

o) Fui esclarecida de que por dever ético e legal, o hospital respeita os valores pessoais e as opiniões do paciente, garantindo o seu direito na tomada de decisões quanto ao seu cuidado e tratamento, dentro dos limites éticos e juridicamente aceitáveis. Fui esclarecida também de que o princípio da autonomia requer que o médico e o hospital respeitem a vontade do seu paciente, suas crenças e valores, bem como forneçam os esclarecimentos e informações necessários à tomada de decisão. Fui informada de que o código de Ética Médica no artigo 24 do capítulo IV, que versa sobre os Direitos Humanos, dispõe que é vedado ao médico "Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo".

p) Declaro e tenho ciência de que sobrevivendo justificativa médica para transfusão sanguínea que visa salvaguardar minha vida e/ou do bebê :

Autorizo realização

Recuso a realização , pelo seguinte motivo: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que o registro de minha recusa quanto à realização de transfusão de sangue será submetida à equipe médica para reavaliação do procedimento proposto.

#### **PARTURIENTE**

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

#### **TESTEMUNHA**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do responsável:(aplicável para acompanhantes) \_\_\_\_\_

Ou função (colaboradores): \_\_\_\_\_

#### **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 a parturiente entendeu o que expliquei.

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

#### **PARA PARTOS CESARIANA A PEDIDO:**

Declaro que fui informada e esclarecida sobre todos os aspectos relacionados ao Parto Vaginal Normal, Parto Vaginal com uso de Fórceps, Parto Cesariana por necessidade obstétrica e Parto Cesária a Pedido e que voluntariamente OPTO pelo PARTO CESARIANA A PEDIDO. Declaro também que minha decisão não foi influenciada por meu médico ou qualquer integrante do corpo clínico desta instituição.

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_