

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE INDUÇÃO DO PARTO

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">Cole aqui a etiqueta</div> Nome: _____ RH: _____ DN: ___/___/_____ (Preencher somente na ausência da etiqueta)	Nome: _____ _____ Grau de Parentesco: _____ RG: _____ Telefone: (____) _____

DECLARO Que o Doutor:

Nome: _____

CRM n.º: _____, Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de:

Ser conveniente e indicado proceder a INDUÇÃO DO PARTO em () minha pessoa ou em () paciente supra mencionado.

Esclareceu-me que:

1. A indução do parto consiste em se provocar o término de gestação por indução do trabalho de parto com vigilância da frequência cardíaca fetal, esta pode ser realizar de diferentes formas, dependendo das características de cada caso, ficando a juízo do médico a indicação e seleção do método empregado, que poderá ser individual ou combinado. Os métodos são:
 - a) Administração vaginal de prostaglandinas, que se utiliza para melhorar a maturação do colo uterino;
 - b) Uso de sonda Foley no colo uterino preparando-o para indução;
 - c) Injeção de Hialuronidase no colo uterino para maturação do mesmo
 - d) Administração intravenosa de ocitocina por gotejamento. Este pode realizar-se diretamente ou após o emprego dos métodos anteriores;
 - e) Rotura da bolsa amniótica;

Cuja indicação é:

() Imprescindível () Necessária () Conveniente

2. Apesar da indução de partos ser amplamente utilizada e seus riscos não serem elevados, não se pode considerar que os diferentes procedimentos não possam condicionar complicações na mãe ou no feto, sendo as mais importantes:
 - a) Infecção materna ou fetal, cujo risco aumenta principalmente a partir das 24 horas da rotura da bolsa amniótica;
 - b) Aparecimento de um sofrimento fetal agudo, por diminuição do aporte de oxigênio ao feto durante as contrações uterinas, não sendo seu risco maior que aquele do parto não induzido;
 - c) Fracasso na indução;
 - d) Rotura uterina, complicação infreqüente, cujo risco aumenta quando se administra ocitocina ou prostaglandinas ou que supõe um grave risco para a vida da mãe ou do feto.
 - e) Prolapso de cordão, complicação rara que pode ocorrer após rotura da bolsa amniótica e que põe em grave perigo a vida fetal, não sendo sua incidência maior que no parto não induzido.
 - f) O aparecimento de algumas destas complicações obriga habitualmente a realização de uma cesárea abdominal para salvaguardar a vida da mãe e do filho.
3. Se no momento do ato surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE INDUÇÃO DO PARTO

4. Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento, dentre eles, a transfusão de sangue e hemocomponentes.

A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situações de anemias graves ou hemorragias, ou em decorrência de procedimentos cirúrgicos. Apesar de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente, e por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis, como febre, calafrios e alergia, geralmente leves e facilmente tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismos que podem não ser detectados através desses exames.

5. Foi-me informado também que a não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

Também entendi que, a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que **INDUÇÃO DO PARTO** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Todas as peças operatórias ou materiais extirpados serão enviados para completar o estudo anatomo-patológico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **INDUÇÃO DO PARTO** proposta.
Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável

Testemunha: _____ R.G.: _____
Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: _____

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável