

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PARTO CESÁREA A PEDIDO

Cole aqui a etiqueta

Nome: _____

RH: _____ DN: ___/___/___

(Preencher somente na ausência da etiqueta)

Eu declaro para os devidos fins **minha decisão de realizar PARTO CESÁREA.**

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.

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 e da determinação da Resolução Normativa do Conselho Federal de Medicina nº 2.144, de 17/03/2016, que em condições normais, somente será realizado a partir de 39ª semanas de gestação, com registro em prontuário.

Declaro ainda ter sido informada pelo Dr(a). _____, CRM/SP: _____ 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.

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

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o Hospital a outra com a gestante.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, e mantido a minha decisão de realizar o **PARTO CESÁREA.**

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize o **PARTO CESÁREA** em mim.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico

Assinatura da Paciente

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