



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTO
ABDOMINAL (CESÁREA) ELETIVO**

Paciente/Responsável: _____

Cédula de Identidade: _____ Estado Civil: _____

Nacionalidade: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Telefone: _____

☐ HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA

☐ HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARIA

☐ PRO MATRE PAULISTA

O objetivo deste ***Termo de Esclarecimento e Consentimento Livre e Informado***, é esclarecer os procedimentos médicos que ocorrerão por ocasião do seu parto, devendo discutir todas as suas dúvidas com seu médico antes de assiná-lo.

Além disto, o Hospital, equipe médica, enfermagem e seus funcionários se colocam à total disposição para eventuais dúvidas e esclarecimentos que porventura sejam necessários durante toda a internação.

É dever de a paciente ou responsável expressar se compreendeu as orientações e informações recebidas. De todo modo, queremos ter certeza se foi suficientemente esclarecida pelo médico e compreendeu o diagnóstico, riscos e objetivos, além de todas as questões aqui mencionadas, tudo isso, para que possamos contribuir e alcançar o melhor resultado para saúde e bem estar da gestante/parturiente e seu bebê.

Este Termo de Consentimento Livre e Informado se refere ao parto a que a parturiente será submetida, e tem por finalidade esclarecer/explicar a natureza deste procedimento, suas consequências e riscos, bem como após sua compreensão de todos os termos e ciência, autorizar que seja realizado o procedimento.

Queremos ter certeza que você compreendeu todos os pontos e que isto contribua para uma melhor estada em nosso Hospital e uma pronta volta para casa.

Portanto, declaro que:

1. Recebi explicações e eu entendi que por estar grávida e para que meu(s) filho(s) ou filha(s) possa(m) nascer devo me submeter a um procedimento de parto por via abdominal (cesárea) a

ser realizado pela equipe médica do Hospital; e que não existe procedimento médico isento de riscos, mesmo com o uso das melhores técnicas médicas.

a. Fui esclarecida que a Medicina não é uma ciência exata e, ainda que o médico e sua equipe tenham o máximo de cuidado, sempre há a possibilidade de problemas não desejados (intercorrências), razão pela qual fui informada que durante o trabalho de parto, parto e pós-parto podem ocorrer situações que fogem ao controle absoluto do médico e enfermagem, descritas a seguir num rol explicativo.

2. Em face de razões decorrentes da natureza e que não podem ser alteradas pelo médico, ou pelo Hospital, o recém-nascido poderá ser prematuro, mal formado ou sofrer de alguma doença, que poderá determinar dificuldades de nascimentos ou seqüelas.

3. Estou plenamente ciente e de acordo que a opção pela realização do PARTO ABDOMINAL (CESÁREA) é uma decisão que deve ser tomada pela parturiente em conjunto com o seu médico obstetra.

4. Estou ciente que os médicos farão um corte na barriga (parede abdominal) chamada de laparotomia para a retirada do bebê. Desta cirurgia resultará em uma cicatriz visível que poderá ser transversal ou longitudinal ao meu corpo dependendo da indicação médica para tal, levando-se em conta o risco e a urgência no momento da realização na cirurgia.

a. Como ocorrência rara na cesariana, temos ainda a possibilidade de lesão na bexiga, que demandará uso de sonda vesical por período variável de alguns dias e eventual formação de fístulas, que consistem em uma abertura entre a bexiga e o útero ou abdome e que, porventura, irão demandar tratamento cirúrgico posterior para sua correção. Ainda muito raramente poderão ocorrer lesões intestinais, geralmente associadas a cirurgias anteriores e aderências.

b. Sobre a *cesariana a pedido*, em respeito ao princípio ético da autonomia, do qual resulta que cada pessoa é livre de tomar as decisões que achar melhor para si, dentro dos limites, ética e juridicamente aceitáveis que são previstos no Código de Ética Médica, e na premissa de que decisão da paciente resulta de uma deliberação informada e de uma escolha esclarecida. O princípio da autonomia requer que o médico respeite a vontade do paciente ou do seu representante, assim como seus valores morais e crenças, e pressupõe conhecimento e informação, sendo que me foram esclarecidos todos os dados sobre os procedimentos relativos à *cesariana a pedido* e a opção do parto pela via vaginal, pela equipe hospitalar e/ou meu médico e a cesárea foi por mim considerada a melhor opção, entre as alternativas relacionadas.

Declaro que esta minha decisão não foi influenciada por meu médico ou qualquer integrante do corpo clínico desta Instituição.

Ciente e de acordo _____

5. As complicações mais comuns incluem hemorragia e infecção, dentre outras.

a. Hemorragias durante a cirurgia ou por atonia uterina (falta de contração do útero) podem levar à situação na qual a equipe médica pode decidir que seja necessária uma intervenção de emergência para a retirada do útero para sua contenção, mesmo em uma mulher jovem e que deseje mais filhos, com o fim de preservar a vida da paciente.

b. Mesmo com todos os cuidados de assepsia, infecções podem ocorrer, acarretando aumento do período de internação e, em casos extremamente raros, trazer complicações mais sérias,

como inclusive a medida extrema da necessidade de remoção do útero, mesmo em pacientes que ainda desejam engravidar.

c. No período pós-operatório, há a possibilidade rara de complicações, tais como: problemas respiratórios, embolia pulmonar, trombose, abertura da incisão (corte), aderências pós-operatórias (situação essa em que um órgão pode aderir em outro, eventualmente dificultando alguma cirurgia futura), inflamações com abscessos (formação de pus) entre outros, sendo que, se isto ocorrer, será necessário submeter-me a acompanhamento médico e tratamento específico por um período que não se pode precisar. Ainda, em decorrência de anormalidades placentárias poderão, raramente, ocorrer retenção de resíduos placentários, identificáveis em período posterior ao parto, o que eventualmente poderá exigir uma intervenção para sua remoção.

d. Existe a possibilidade infrequente de ocorrer placenta baixa ou placenta acreta, situações de difícil extração placentária ou que a placenta fica grudada naturalmente no útero e não sai com a expressão manual. Ocorrendo esta hipótese, pode haver complicações no parto, como hemorragia, lesão de bexiga e outros órgãos como intestino e necessidade de histerectomia (perda do útero). Isto se deve a fatores da natureza, sujeito a um prazo maior de recuperação da mãe.

e. A literatura médica descreve a possibilidade rara de ocorrer traumas no bebê relacionados ao parto, como lacerações acidentais e fraturas decorrentes de dificuldades na extração fetal. Eventualmente, essas intercorrências, embora muito pouco frequentes, podem necessitar de reparação e prolongar o período de internação. (American Journal of Obstetrics and Gynecology (2004) 191, 1673-7; American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 108, 885-90).

6. Em relação à **ANESTESIA**, fui informada que a cesariana sempre necessita de anestesia e será avaliada pelo serviço de anestesiologia, que escolherá dentre as técnicas existentes qual é a que melhor que se ajusta ao meu caso, podendo ser geral, raquidiana, peridural ou combinada, a critério do médico anestesiologista. Será entregue um termo de esclarecimento específico para ciência dos procedimentos anestésicos.

7. Sobre o medicamento Ocitocina® após o nascimento do bebê e saída da placenta, é administrado em todos os casos para se evitar o risco de hemorragia puerperal, que, dependendo da intensidade, representaria risco de óbito materno.

9. A placenta, as membranas e o cordão umbilical, após o nascimento da criança serão examinados e desprezados. Eventualmente a equipe médica poderá solicitar exames específicos deste material juntamente ao Serviço de Patologia, procedimento este que autorizo que seja feito, se necessário. Caso haja a necessidade da coleta de outros materiais, autorizo o exame anatomopatológico, assim como citopatológico e cultura: de material, peças cirúrgicas, órgão, amostra de tecido, fluidos corpóreos, autópsias ou imuno-histoquímica solicitados pelo médico(a) e/ou equipe que acompanha meu caso. (Resolução CFM nº 2.169 de 30 de outubro de 2017).



LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CIRÚRGICA DR. FERDINANDO Q. COSTA LTDA.

Rua Doutor José de Queirós Aranha, 376 – Aclimação/SP – CEP: 04106-062

Diretor Técnico: Dr. Ricardo Borges da Costa – CRM 53736



SALOMÃO E ZOPPI SERVIÇOS MÉDICOS E PARTICIPAÇÕES S/A

Avenida Carinás, 635 – Moema/SP – CEP: 04086-011

Diretor Técnico: Dr. Gianfranco Zampieri – CRM 43268

**GIP MEDICINA DIAGNÓSTICA S/A – FEMME LABORATÓRIO DA MULHER**

Rua Afonso Freitas, 188 – Paraíso/SP – CEP: 04006-050

Diretor Técnico: Dr. Rogério Ciarica Ramires – CRM 76530

**DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S/A – DASA (GeneOne)**

Avenida Juruá, 434 – Alphaville – Barueri/SP – CEP: 06455-010

Diretor Técnico: Dra. Marcia Simões Cortinhas – CRM 91809

Declara a paciente estar ciente que o material coletado durante o procedimento foi encaminhado para o laboratório acima assinalado.

Ciente _____

- O paciente tem o direito de optar pela realização de seu exame em laboratório da sua escolha, devendo, nesse caso, receber orientações para que ele próprio possa providenciar esse encaminhamento, assinando um respectivo termo de responsabilidade. (Resolução nº 20, de 10 de abril de 2014, da Anvisa).

- Caso a mãe queira levar a placenta para casa, deverá manifestar seu desejo perante a coordenação de enfermagem. Este hospital não dispõe de equipamento para armazenamento da placenta ou anexos. Cumpra esclarecer que qualquer comercialização de tecido placentário é terminantemente vedada pela legislação vigente.

10. Nos casos de a mãe desejar o serviço de *coleta de células tronco*, este deverá ser solicitado ao Hospital, previamente à internação, mediante formulário próprio.

11. Sobre as acompanhantes do parto, chamadas doulas, informamos que este Hospital não dispõe deste tipo de profissional no seu quadro de funcionários. A eventual contratação de uma doula é uma decisão da paciente. Desse modo, o Hospital não tem qualquer responsabilidade sobre esta profissional e seus atos. A doula não deve intervir nas ações e recomendações médicas sob nenhuma hipótese.

12. Estou ciente de que deverei seguir, durante o período de internação e após a alta hospitalar, todas as recomendações e prescrições médicas que me forem dadas, inclusive verbalmente, sob pena de em não as seguindo, provocar danos à minha saúde e de meu filho(a), em especial quanto aos:

a. Cuidados a serem tomados na região do corte da cesariana ou episiotomia, quanto a limpeza, e higienização.

b. Cuidados gerais (ex.: não realizar exercícios físicos, não ter exposição ao sol, não coçar a parte submetida a cirurgia, realizar curativos, proteger no banho, entre outros).

c. Estou ciente que caso note um agravamento em qualquer sintoma que me pareça decorrente do parto ou no meu bebê, devo entrar em contato imediatamente com o meu médico ou o pediatra e agendar uma nova consulta para uma avaliação ou retornar imediatamente ao Hospital.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas aos procedimentos, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura, e li detalhadamente este Termo, que me foi dado antes de sua realização.

Após ler cuidadosamente este documento, tive a oportunidade de perguntar e esclarecer todas as minhas dúvidas com relação ao procedimento e suas intercorrências, as quais me foram esclarecidas, tomando a decisão do tratamento em conjunto com meu (minha) médico(a), assim como fui sincera e exata na declaração dos meus antecedentes clínicos, inclusive sobre uso de drogas lícitas ou não, autorizando assim, que o médico(a) realize os procedimentos descritos conforme seu julgamento técnico, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis para a realização de meu parto, via normal ou cesariana, inclusive quanto a aplicação de transfusão de sangue, se for necessária.

Assinatura da Paciente e/ou Responsável

PREENCHIMENTO MÉDICO

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para a paciente o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas possíveis para seu parto, em face de sua situação clínica, e de seus antecedentes, bem como a importância de que as informações acima fornecidas sejam corretas e verdadeiras.

NOME: _____ CREMESP: _____

De acordo _____

ASSINATURA _____

SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA ou RISCO DE MORTE IMINENTE ou DANO IRREVERSÍVEL

Em decorrência de situações graves ou de extrema urgência, em que não foi possível fornecer à parturiente, seu cônjuge e/ou responsável, todas as informações necessárias ao perfeito entendimento e compreensão deste documento no período anterior à internação nesta unidade, ficam registrados em prontuário médico os procedimentos e terapias necessárias adequadas à melhor prática médica, que preferencialmente deverá ser fornecido à parturiente, seu cônjuge e/ou responsável em período posterior para conhecimento e consentimento.

Data: ____/____/____ Hora: _____

Médico - CRM _____

Enfermeira – COREN _____

TESTEMUNHAS:

1) _____
Nome completo:
RG:

2) _____
Nome completo:
RG: