



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Cesariana

Identificação do Paciente

Nome:

Prontuário:

Documento de Identidade:

*Responsável Legal:

Documento de Identidade:

Grau de Parentesco:

*Em caso de menor de dezoito anos ou de atendimento de emergência

Procedimento: Cesariana

Descrição Técnica do Procedimento:

Algumas situações como risco de sofrimento para o bebê, risco para a mãe, desproporção entre o tamanho do feto e a passagem, placenta prévia ou descolamento precoce, mau posicionamento do feto entre outros, recomendam uma cesariana.

Trata-se de cirurgia com corte transversal, na maioria das vezes, mas que por necessidade pode ser vertical. Este corte é realizado no abdômen, por onde o bebê é retirado.

Descrição dos Possíveis Insucessos e Riscos Operatórios:

Os principais riscos são complicações imediatas como dor, febre, infecção da ferida, lesão da bexiga e alça intestinal.

Complicações de primeira semana como hematoma, deiscência de alguns pontos e da ferida, endometrite.

Complicações tardias como hérnias ou acentrações cirúrgicas.

Em termos estéticos, o corte deixará cicatriz.

O recém-nascido poderá ser prematuro, mal formado ou sofrer alguma doença que poderá determinar sequelas ou mesmo a sua morte.

Geral:

Durante a realização do procedimento, em função de intercorrências não previstas, procedimentos alternativos podem ser necessários, envolvendo inclusive a possibilidade de transfusão de sangue.

Destino das Peças Operatórias:

A placenta e o cordão umbilical e membranas serão descartados ou enviados para exame anatomopatológico caso constatada alguma anomalia que o recomende.

O feto nascido morto também poderá ser encaminhado para o mesmo exame.



Declaração do Paciente (ou responsável):

Declaro que recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, técnicas do procedimento, alternativas de tratamento, bem como fui informada sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da enfermidade diagnosticada.

Estou ciente dos procedimentos e técnicas a que serei submetida como a alternativa terapêutica mais indicada para o diagnóstico da minha situação clínica.

Tenho pleno conhecimento de que serei submetida a anestesia bem como dos riscos inerentes a mim relatados.

Desde já autorizo a realização do procedimento e da anestesia como foi exposto neste termo, bem como os procedimentos necessários para tentar solucionar situações imprevisíveis e de emergência, incluindo a transfusão de sangue, que deverão ser conduzidos e resolvidos diante da singularidade de cada evento.

Tudo me foi esclarecido pelo médico abaixo assinado, tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e entendi tudo que me foi transmitido, estando o médico e sua equipe por mim autorizados a realizar o procedimento de Cesariana.

Tenho conhecimento que a qualquer momento antes de iniciado o procedimento posso revogar este termo.

Assinatura (Paciente/Representante Legal)

Declaração do Médico Responsável:

Confirmando que expliquei detalhadamente para a paciente e ou seus familiares o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas de tratamentos acima descritos bem como que poderá revogar o consentimento agora concedido e firmado.

Nome do médico:

CRM:

Assinatura (Médico)

Campos dos Goytacazes - RJ, _____, _____, 20____.