



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Parto Vaginal ou 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: Parto Vaginal ou Cesariana

1 – Parto Normal:

Descrição Técnica do Procedimento:

No parto normal, o bebe sairá do útero passando pela vagina ate a saída pela vulva para o exterior do corpo.

Esta passagem ocorre pelas contrações do útero que empurram o bebe contra a abertura do colo uterino fazendo com que este se dilate.

Este procedimento dura em média entre seis e dez horas.

Durante este período, os médicos controlarão as condições da mãe e auscultarão o bebê, caso necessário poderão lançar mão de um instrumento chamado fórceps para ajudar a retirar o bebê.

Também poderá ser feito um corte na vagina e vulva para facilitar a passagem, sendo costurado depois.

Descrição dos Possíveis Insucessos e Riscos Operatórios:

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

Para a mãe, os riscos mais comuns são hemorragia e infecção, rotura da vagina e por vezes bexiga e reto são atingidos.

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, mal posicionamento do feto entre outros, recomendam uma cesariana.

2 – Cesariana:

Descrição Técnica do Procedimento:

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 bebe é retirado.



A cirurgia é feita sob anestesia raqui ou peridural, sendo eventualmente necessária a anestesia geral.

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 hérnias ou aventrações cirúrgicas.

Em termos estéticos, o corte deixará cicatriz.

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 se encaminhado para o mesmo exame.

Declaração do Paciente (ou responsável):

Declaro que recebi todas as explicações necessárias quanto aos procedimentos inerentes ao parto vaginal, bem com as ocorrências que, se verificadas, implicarão na realização de cesariana.

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 Parto Vaginal e se necessário Cirurgia 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 o (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____.