



## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Cesariana Eletiva

### 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 Eletiva

#### 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 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 aventrações 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.

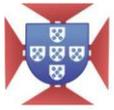
#### Geral:

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):**

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.

Declaro que a opção pelo Parto Cesáreo (cesariana) foi por minha livre escolha, tendo sido informada pelo médico que o Parto Vaginal (normal) apresenta as seguintes vantagens sobre o Parto Cesáreo:

Para a gestante:

- Menor risco de infecção;
- Favorecimento da produção de leite materno;
- Os laços sentimentais com o bebê ocorrem com maior facilidade;
- O útero volta ao tamanho normal mais rapidamente;
- Recuperação mais rápida para a gestante.

Para o bebê:

- Maior facilidade para respirar;
- Mais atividade ao nascer;
- Mais calma.

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. Conforme Portaria 306 de 28/03/2016 SAS/MS expliquei detalhadamente as vantagens do Parto Vaginal sobre o Parto Cesáreo tendo o paciente reafirmado a sua opção pelo segundo.

Nome do médico:

CRM:

---

Assinatura (Médico)

Campos dos Goytacazes - RJ, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.