

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CESÁREA POR INDICAÇÃO MÉDICA



Este documento deve ser preenchido e assinado pelo médico responsável pela realização do procedimento e pelo paciente ou responsável legal, após concordância com as informações e esclarecimentos prestados.

Procedimento:

Riscos e complicações potenciais individuais:

Colar aqui etiqueta

Quando preenchimento externo – preencher dados abaixo:

Nome:

Unidade: Laranjeiras Barra

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Para Recepção Perinatal:

Quando preenchimento externo – acrescentar etiqueta

Quando preenchimento interno (impressão do formulário pelo Tasy) – identificação impressa (nome completo, data de nascimento e número do prontuário).

INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS

DECLARO, estar ciente e esclarecida que:

Tendo em vista o diagnóstico de: _____ foi indicada a realização da cesárea, pois no meu caso, os riscos de complicações perinatais superam os riscos associados à cesárea mencionados acima.

1. A cesárea é um procedimento cirúrgico de médio porte que consiste na incisão da parede abdominal e do útero para a retirada do feto. É chamada cesárea eletiva quando realizada antes do trabalho de parto.

2. Por ser uma cirurgia abdominal de médio é realizada com anestesia de bloqueio de condução, a raquianestesia ou bloqueio peridural. Em caso de complicações na cirurgia que aumentem seu tempo de duração ou em cesárea em situações de emergência pode ser realizada anestesia geral.

3. São complicações mais frequentes na cesárea do que no parto vaginal:

- dor abdominal;
- histerectomia (retirada cirúrgica do útero com perda da capacidade de engravidar);
- tromboembolismo venoso;
- infecção;
- reinternação materna;
- internação materna em UTI;
- morte materna;
- placenta prévia em gestação futura;
- rotura uterina em gestação futura;
- necessidade de internação do recém-nascido em UTI neonatal (especialmente em cesáreas com menos de 39 semanas de gestação).

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeita(a) com a informação recebida e que comprehendo os riscos do procedimento.

Por tal razão e nestas condições **CONSINTO** que se realize a CESÁREA pela equipe obstétrica assistente.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____ , às ____ horas e ____ minutos.

Paciente ou Representante ou Responsável

Médico Assistente
(carimbo e assinatura)

TESTEMUNHA: _____

Assinatura do paciente ou responsável

Revogação deste consentimento: ____ / ____ às ____ horas e ____ minutos