

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TRABALHO DE PARTO VISANDO O PARTO TRANSPÉLVICO



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).

**DECLARO** estar ciente e esclarecida que:

### ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO VISANDO O PARTO TRANSPÉLVICO:

1. O trabalho de parto é diagnosticado na presença de contrações uterinas regulares e frequentes que provocam modificações evolutivas no colo uterino. É processo que, quando transcorre normalmente, termina no nascimento do feto por via vaginal.
2. A assistência ao meu trabalho de parto será realizada por médico obstetra e compreende o acompanhamento da evolução natural do mesmo e intervenções que sejam indicadas no meu caso. Será realizado exame físico para avaliação das contrações, dilatação do colo e descida do feto no canal vaginal, do bem estar fetal (monitorização/ausculta da frequência cardíaca fetal) e do meu bem estar (sinais vitais).
3. Existem diversas medidas para amenizar a dor no trabalho de parto, incluindo mudanças de posição materna, massagens, banho de chuveiro ou imersão, ou analgesia de parto (raquidiana ou peridural, realizada por anestesista). A conduta a ser adotada é muito variável e será rediscutida comigo sempre que necessário.
4. Pode ser necessário uso de medicações para estimular ou regularizar as contrações (ocitocina), caso o trabalho de parto não evolua normalmente.
5. A monitorização de frequência cardíaca do feto é fundamental para assegurar que o mesmo nascerá em boas condições de vitalidade. Pode ser feita por ausculta periódica ou por monitoração contínua com cardiotocógrafo dos batimentos cardíacos do feto, dependendo da classificação de risco da minha gestação. Mesmo gestações de baixo risco podem necessitar de monitoração fetal contínua (ex.: no uso de ocitocina, após realização a analgesia peridural ou na suspeita de anormalidades na ausculta dos batimentos cardíacos fetais).
6. Pode ser indicada rotura artificial das membranas durante o trabalho de parto.
7. Embora não seja realizada de rotina, pode ser indicada episiotomia para o nascimento do feto pelo médico assistente. A episiotomia é um corte realizado na entrada da vagina/períneo para proteger os músculos da região. O médico me comunicará caso a episiotomia seja indicada e esta será feita apenas com meu consentimento.
8. Pode ser necessária utilização de forceps ou vácuo-extrator manual para o nascimento. O médico me comunicará caso esses procedimentos sejam indicados e o porquê da indicação.
9. O trabalho de parto pode ter complicações, mesmo nas gestações consideradas de baixo risco. São complicações possíveis:
  - asfixia fetal (falta de oxigênio para o feto), que pode ser suspeitada pela monitoração cardíaca fetal e que pode, caso não melhore com medidas clínicas, indicar o parto cesáreo;
  - parada de progressão do trabalho de parto por incompatibilidade do feto com o canal ósseo do parto(bacia da mãe) com indicação de parto cesáreo. Na maior parte das vezes, esse diagnóstico é feito apenas durante o trabalho de parto;
  - rotura uterina;
  - hemorragia pós-parto com ou sem necessidade de hemotransfusão;
  - histerectomia (retirada cirúrgica do útero com perda da capacidade de engravidar);
  - lacerção perineal, que pode atingir a uretra, a bexiga, o esfínter anal ou o reto, mesmo com a realização de episiotomia;
  - infecção;
  - hematoma perineal com necessidade de drenagem cirúrgica;
10. Caso seja de minha vontade, poderei ter um acompanhante de minha escolha durante todo trabalho de parto, parto e pós parto.

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 tratamento.

Por tal razão e nestas condições CONSENTO que se realize a ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO VISANDO O PARTO TRANSPÉLVICO pela equipe obstétrica assistente.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos.

Paciente ou Representante ou Responsável

Médico Assistente  
(carimbo e assinatura)

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

Revogação desse consentimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos . Assinatura do paciente ou responsável