

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO



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:

A **INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO** é um conjunto de procedimentos para iniciar contrações uterinas com o objetivo de realizar o parto, antes do seu início espontâneo.

1. A indução do trabalho de parto é indicada quando:

- Há indicação de antecipar o nascimento porque os riscos maternos e/ou fetais de continuar a gravidez são maiores do que os riscos do nascimento.
- Não há contraindicação para o trabalho de parto e para o parto vaginal.
- Há preferência da paciente pelo parto vaginal em virtude dos maiores riscos de complicações maternas associados ao parto cesáreo.

2. Não há benefício comprovado da indução do trabalho de parto a termo sem indicação médica (indução eletiva).

3. O sucesso da indução do trabalho de parto depende principalmente dos seguintes fatores:

- Condições do colo uterino antes da indução – a indução com colo imaturo ou desfavorável é a maior causa de insucesso da indução.
- Estado das membranas (bolsa amnióticas) – íntegras ou rotas.
- Tempo limite para o início do trabalho de parto e/ou para o nascimento.

4. A indução eletiva abaixo de 39 semanas e colo uterino imaturo está associada a aumento de cesárea e internação do recém nascido em UTI neonatal.

5. Será realizada, à critério do médico assistente, avaliação do bem estar fetal antes da indução e sempre que necessário durante a mesma.

6. A indução do trabalho de parto é realizada pela administração de ocitocina venosa. Caso o colo uterino seja imaturo ou desfavorável, será indicado procedimento para amadurecimento do colo (uso de medicação via vaginal a base de prostaglandina e/ou método mecânico – ex. balão intracervical).

7. As principais complicações da indução do trabalho de parto são:

- Taquissístolia (contrações do útero com frequência acima do normal) com alteração da frequência cardíaca do feto, que pode levar a cesariana caso não haja reversão do quadro.
- Prolapso de cordão umbilical, após a rotura precoce da bolsa amniótica, com indicação de cesárea de emergência.
- Infecção intra-amniótica após rotura da bolsa ou uso de balão intracervical, com necessidade de uso de antibióticos.
- Rotura uterina – embora muito raro, existe risco maior de rotura do útero em pacientes submetidas a indução com prostaglandinas ou ocitocina.
- Histerectomia – retirada cirúrgica do útero com perda da capacidade de engravidar, no caso de rotura uterina, infecção ou hemorragia graves não-controladas com métodos disponíveis.
- Complicações do parto vaginal.

8. É classicamente considerado insucesso da indução a incapacidade de iniciar o trabalho de parto após duas horas de uso de dose máxima de ocitocina. Contudo, ficará à critério do meu médico assistente a identificação da falha na indução.

9. A indução do trabalho de parto poderá ser interrompida a qualquer momento, caso seja minha vontade, com opção pelo parto cesáreo.

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 satisfeito(a) com a informação recebida e que compreendo os riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições CONSINTO que se realize a INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO 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