



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Cesárea Eletiva

DECLARANTE

Nome: _____

Idade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Identidade: _____ Órgão expedidor: _____

Data de emissão: _____

Paciente () Representante legal () Representante familiar ()

Obs.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente.

PACIENTE:

Nome: _____

Idade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de emissão: _____

DECLARO

Que o (a) Dr(a). _____, CRM _____,

Instituição: _____,

Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de _____ ser indicada a internação para cesárea eletiva.

Esclareceu-me que:

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

2. Por ser uma cirurgia abdominal de grande porte 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:

- 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 eletivas com menos de 39 semanas de gestação).

4. No meu caso, os riscos de complicações tanto para mim quanto para meu(s) bebê(s) superam os riscos associados à cesárea, mencionados acima.

5. No caso de uma próxima gestação, a via de parto será discutida novamente com meu obstetra e, na ausência de outras contra-indicações, o parto vaginal poderá ser planejado.

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

Assim, declaro agora que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições **CONSINTO** que se realize a **CESÁREA ELETIVA**.

Este **CONSENTIMENTO** poderá ser revogado a qualquer momento antes que o procedimento se realize.

Rio de Janeiro, _____/_____/_____

ASS:

Paciente ou Representante ou Responsável

Médico

TESTEMUNHA: