



Termo de Consentimento Informado para o Parto

Identificação do Paciente ou do Responsável Legal

Nome: _____

Identidade: _____

Eu, acima identificado, na condição de paciente ou de responsável legal pelo paciente _____, autorizo o Dr. _____, seus assistentes, bem como os demais profissionais vinculados a assistência, credenciados por esta Instituição a realizar o procedimento _____.

Declaro que:

- 1- Tenho ciência que, NOS CASOS DE RISCO DE MORTE (materna e/ou fetal), nas EMERGÊNCIAS e em algumas urgências médicas, os procedimentos serão caracterizados como de emergência/ urgência e, como tal, serão realizados a critério médico, ficando desde já autorizados.
- 2- Foram explicados os benefícios, riscos e complicações potenciais do procedimento proposto (tipo de parto), bem como a necessidade de alternativas aos procedimentos anestésicos e obstétricos, certificando-me sobre as etapas a realização de ambos.
- 3- Entendi e concordo que poderá haver necessidade de realização de procedimentos, uso de medicamentos e manobras para auxiliar o nascimento do bebê durante o parto, tais como: uso de fórceps, vácuo-extrator, incisão cirúrgica no períneo (episiotomia), anestesia local, peridural ou raquianestesia, o uso de ocitocina sintética para ajudar na dinâmica uterina, realização de toque vaginal e amniotomia entre outros.
- 4- Fui orientada sobre as complicações que podem acontecer durante a gestação (intercorrências maternas e/ou fetais durante o pré natal); TRABALHO DE PARTO (descolamento de placenta, sofrimento fetal (diminuição da frequência cardíaca) dificuldades da descida do feto - por mau posicionamento do feto ou desproporção entre o feto e a pelve materna); PARTO (dificuldade no desprendimento/ nascimento do bebê, lacerações da vagina, bexiga e ânus); E PÓS-PARTO (hemorragias , distúrbio da coagulação, distensão abdominal, trombose, hematomas, seromas, infecções, quelóides, cefaléia pós-anestésica, ingurgitamento das mamas, mastite, prolapso dos órgão pélvicos, entre outros (próprias a cada período).
- 5- Entendi que, durante o trabalho de parto, o parto vaginal poderá ser convertido em cesariana, a qualquer tempo;

- 6- Também fui orientada que, em casos extremos, há a necessidade da realização de histerectomia (retirada do útero), no caso de hemorragias uterinas intensas;
- 7- Ao nascimento, o recém-nato será atendido pelo neonatologista/pediatra presente;
- 8- Estou ciente que podem ocorrer problemas com o recém-nascido tais como: tocotraumatismos (provocados pela passagem dificultada do bebê pelo canal de parto) , síndrome de aspiração de mecônio e patologias decorrentes da falta de oxigênio ocorridas no parto (nos casos de trabalhos de parto prolongados ou dificuldades no desprendimento fetal), sendo necessário e imperativo o atendimento de EMERGÊNCIA ao recém-nascido na sala de parto, com realização de manobras e procedimentos para sua recuperação.
- 9- Sobre as acompanhantes do parto – AS DOULAS - informamos que a Casa de Saúde São José não dispõe deste profissional no seu quadro de funcionários. A eventual contratação de uma doula é uma decisão da paciente. Deste modo, a CSSJ não tem qualquer responsabilidade sobre estas profissionais e seus atos, lembrando que há regimentos, normas de conduta e segurança que zelam pela boa assistência médica e bem estar da paciente;
- 10- Declaro que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas aos procedimentos previstos.

Assinatura da paciente e/ou responsável legal

PREENCHIMENTO MÉDICO:

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para a paciente o propósito, as vias de parto, os riscos, os benefícios e as alternativas possíveis para a realização do seu parto em face à sua situação clínica e seus antecedentes clínico-obstétricos, bem como a importância de que as informações acima fornecidas são corretas e verdadeiras.

ASSINATURA E CARIMBO: _____

ASSINATURA e CARIMBO: _____