



## Programa Mamãe e Criança

### Termo de consentimento esclarecido para atendimento obstétrico parto normal e/ou cesariana

*(Preencher quando não houver etiqueta)*

Nome do hospital: \_\_\_\_\_ Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_ Data de admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_ Nome do diretor médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Declaro que fui informada quanto aos principais aspectos relacionados ao atendimento obstétrico a que serei submetido nesta instituição.

Declaro ainda que:

- a) Fui informada, prévia e claramente, de que os procedimentos para atendimento obstétrico, que podem ser parto vaginal ou cesariana, envolvem riscos, tanto para a mãe quanto para o feto. Fui também informada de que doenças intercorrentes da mãe, sejam específicas ou não da gestação, tais como hipertensão arterial, diabetes, idade materna avançada, AIDS, tabagismo, uso de drogas ainda que eventual, hepatite, histórico de tromboembolismo etc., podem aumentar os riscos do nascimento. Entendo que tais riscos possam ser minimizados com acompanhamento pré-natal, mas que não há como prever possíveis complicações.
- b) Compreendi que os partos vaginais envolvem um processo de dilatação do colo uterino e contrações, que faz com que o feto vá progredindo pelo canal vaginal até a rotura das membranas (bolsa onde ele se encontra) e o nascimento. Tal processo chama-se trabalho de parto, cuja duração varia caso a caso, sendo em média de 6 a 10 horas, porém mais prolongado na primeira gestação. Tenho ciência de que, no momento do nascimento, possa ser necessária a realização de episiotomia, que consiste em um corte no períneo e na vagina, que será suturado após a saída do bebê.
- c) Fui informada de que, durante o trabalho de parto, as equipes médica e de enfermagem farão o acompanhamento, tanto da progressão da dilatação, das contrações, quanto da condição de saúde, minha e do bebê. Tal acompanhamento se dará por meio de exame físico e monitoramento dos batimentos cardíacos fetais, além de exames do líquido amniótico. Fui informada ainda de que, caso sobrevenha algum sinal de risco, serão tomadas medidas para abreviação do trabalho de parto, o que pode ocorrer por uso de instrumentos (fórceps) ou por indicação de parto por via abdominal (cesariana).

d) Fui esclarecida de que, apesar de a via vaginal ser considerada a melhor opção para o parto, podem ocorrer complicações como dor, sangramentos, hematomas ou infecção no local da incisão, que, na grande maioria das vezes, são tratadas com sucesso. Compreendi que a passagem do feto pelo canal de parto pode causar lesões na bexiga, reto, ânus, esfíncteres interno e externo, podendo também levar a complicações imediatas e/ou tardias. Fui informada ainda de que, em situações pouco frequentes, podem ocorrer no recém-nascido fratura espontânea de clavícula ou intercorrências decorrentes do uso de fórceps, que geralmente apresentam boa evolução e não causam problemas posteriores. Em situações muito raras podem ocorrer complicações imprevisíveis, com sequelas graves e/ou óbito intraparto.

e) Estou ciente de que o parto cesariana pode ocorrer em situações de urgência ou eletivas (planejadas ou a pedido, que ocorrem por decisão pessoal, questões anatômicas, fisiológicas ou patológicas da placenta, da mãe e/ou do feto). Fui informada de que o nascimento, neste caso, ocorre através de um corte realizado no abdome, que pode ser longitudinal ou transversal, dependendo das condições anatômicas, e que este corte resultará em uma cicatriz visível, com resultado estético variável e individual.

f) Fui esclarecida de que o sangramento em partos normais ou cesarianas é normal, tendo em vista que o organismo já se prepara para isto durante o período de gestação. Entretanto, complicações podem ocorrer, como descolamento prematuro da placenta, retenção da placenta, lesões de vasos sanguíneos, lacerações no canal de parto ou no útero, que necessitam de intervenção imediata. Fui alertada de que, após o nascimento, o útero deve se contrair, diminuindo o sangramento. Para que isso ocorra adequadamente, pode ser necessário o uso de ocitocina sintética. Quando a contração uterina não acontece, temos um fenômeno chamado de atonia uterina. Compreendi que em situações muito graves de atonia, com sangramento abundante, pode ser necessária transfusão sanguínea e/ou a retirada do útero para salvar a vida da mãe (mesmo que a paciente tenha intenção de ter mais filhos). Estou ciente de que podem ocorrer ainda lesões em órgãos adjacentes ao canal vaginal, hematomas, embolias (por coágulos ou líquido amniótico) ou complicações gerais como infecções, problemas cardiovasculares, respiratórios, entre outros. Eventos fatais, porém, são muito raros.

g) Entendo também que o atendimento obstétrico pressupõe procedimentos médicos invasivos que podem apresentar situações inesperadas, fortuitas e imprevisíveis.

h) Fui esclarecida de que a cesárea, quando comparada ao parto vaginal normal, representa mais riscos para a mãe, sendo os mais comuns infecção, hemorragia, atonia uterina, necessidade de transfusão sanguínea e infecção da cicatriz operatória. Já para o recém-nascido, há mais chance de desconforto respiratório (cansaço), necessitando, às vezes, ser internado em UTI.

i) Recebi esclarecimento de que, para a realização do atendimento proposto, pode ser necessário emprego de anestesia/sedação. Compreendo e aceito que a administração de sedativos/anestésicos pode causar complicações, ainda que estas sejam pouco frequentes.

j) Assim, após esclarecimento e por livre iniciativa, autorizo que o atendimento proposto seja realizado pela equipe do médico abaixo identificado, incluindo-se quaisquer outros procedimentos necessários para tentar solucionar situações imprevisíveis e emergenciais, fazendo uso de todos os recursos disponíveis nesta instituição.

k) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

l) Relatei aos médicos responsáveis pelo procedimento acerca das medicações de que faço uso, das doenças, alergias e do acompanhamento realizado no pré-natal, consultas e exames.

m) Estou ciente de que a placenta, as membranas e o cordão umbilical, após o nascimento da criança, serão examinados e desprezados ou, em algumas situações definidas pelo médico, serão enviados para exame anatomopatológico. E ciente também de que, quando ocorre óbito do feto intraútero ou no período pós-nascimento por causa desconhecida, o corpo é encaminhado para o Serviço de Verificação de Óbito.

n) Fui informada de que o hospital não dispõe de acompanhantes de parto (doulas) em seu quadro de colaboradores e que, em caso de eventual contratação particular por parte da paciente, não se responsabiliza pela atuação destas profissionais, que, para terem acesso à sala de parto, devem ser previamente cadastradas na instituição.

o) Fui esclarecida de que, por dever ético e legal, o hospital respeita os valores pessoais e as opiniões do paciente, garantindo o seu direito na tomada de decisões quanto ao seu cuidado e tratamento, dentro dos limites éticos e juridicamente aceitáveis. Fui esclarecida também de que o princípio da autonomia requer que o médico e o hospital respeitem a vontade do seu paciente, suas crenças e valores, bem como forneçam os esclarecimentos e informações necessários à tomada de decisão. Fui informada de que o Código de Ética Médica, no artigo 24 do capítulo IV, que versa sobre Direitos Humanos, dispõe que é vedado ao médico “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”.

p) Declaro e tenho ciência de que, sobrevivendo justificativa médica para transfusão sanguínea que vise salvaguardar minha vida e/ou do bebê:

Autorizo a realização

Recuso a realização, pelo seguinte motivo: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que o registro de minha recusa quanto à realização de transfusão de sangue será submetido à equipe médica para reavaliação do procedimento proposto.

The logo for 'amil' is displayed in a bold, blue, lowercase sans-serif font. It is positioned in the bottom right corner of the page, above a decorative blue wave graphic that spans the width of the page.

## PARTURIENTE

Confirmando que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que foi esclarecido, e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## TESTEMUNHA

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do responsável (aplicável para acompanhantes): \_\_\_\_\_

Ou função (colaboradores): \_\_\_\_\_

## PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmando que expliquei detalhadamente para a paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o procedimento descrito. Acredito que a parturiente entendeu o que expliquei.

\_\_\_\_\_

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

## PARA PARTOS CESARIANA A PEDIDO

Declaro que fui informada e esclarecida sobre todos os aspectos relacionados ao parto vaginal normal, parto vaginal com uso de fórceps, parto cesariana por necessidade obstétrica e parto cesárea a pedido, e que, voluntariamente, OPTO pelo PARTO CESARIANA A PEDIDO. Declaro também que minha decisão não foi influenciada por meu médico ou qualquer integrante do corpo clínico desta instituição.

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_