

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - CESÁREA A PEDIDO**

IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE/REPRESENTANTE OU RESPONSÁVEL LEGAL:

Paciente: _____

Doc. de Identidade: _____

Profissão: _____

Nacionalidade: _____

Estado Civil: _____

Cidade: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Eu acima identificada, na condição de paciente/ representante ou de responsável legal pelo paciente, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o Dr.

(a) _____ CRM/PR: _____

a realizar o parto cesárea, desde que o procedimento ocorra a partir da 39ª semana de gestação, definida preferencialmente por exame ultrassonográfico, e devidamente registrado em prontuário. Este procedimento cirúrgico me foi explicado de forma clara pelo médico, Dr.(a). _____

CRM - _____. Fui orientada quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, podendo fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente. Estou ciente de que, para realizar o procedimento acima especificado será necessário emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico. Estou ciente ainda de que poderá ser necessária a atenção especializada ao recém-nascido, que será realizada por médico pediatra.

Fui esclarecida de que, além dos riscos da anestesia, poderão surgir complicações, sejam elas derivadas de problemas da própria gestação, como hemorragia, falta de contração do útero, infecções, distúrbios da coagulação, embolia amniótica e tromboembolismo; ou derivadas do próprio procedimento, como febre, infecções, seromas, hematomas, afecções urinárias, deiscências, eviscerações e/ou eventrações de parede, cicatrização hipertrófica e/ou queloides, cefaleia, distensão abdominal. Além disso, fui esclarecida de que, como em todo o procedimento cirúrgico, existe um risco excepcional de morte, derivado do próprio procedimento (mais raro) ou da situação vital da paciente

que gerou a necessidade da cesariana (menos raro), e que, em longo prazo, poderão existir hérnias e/ou aderências intra-abdominais. Também fui informada de que a realização de parto cesárea, na ausência de trabalho de parto, está associada a uma maior ocorrência de desconforto respiratório no recém-nascido.

Estou ciente ainda de que na próxima gestação, haverá maior risco de ruptura uterina, acretismo placentário, hemorragia pós-parto como consequência desta cirurgia.

Estou ciente ainda que, em respeito ao princípio ético da autonomia, do qual resulta que cada pessoa é livre de tomar as decisões que achar melhor para si, dentro dos limites, ética e ***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - CESÁREA A PEDIDO.***

Juridicamente aceitáveis, previstos nos artigos 22 e 24 do Código de Ética Médica, e na premissa, de que a decisão da paciente resulta de uma deliberação informada e de uma escolha esclarecida. O princípio da autonomia requer que o médico respeite a vontade do paciente ou do seu representante, assim como seus valores morais e crenças, e pressupõe conhecimento e informação, sendo que me foram esclarecidos todos os dados sobre os procedimentos relativos à cesariana a pedido e parto via vaginal pelo médico citado acima e a cesárea foi por mim considerada a melhor opção, entre as alternativas relacionadas. Declaro que esta minha decisão não foi influenciada por meu médico ou terceiros.

Assim, se na evolução do quadro de saúde, minha vida ficar em risco ou do meu bebê, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o risco de morte apurado. Por livre iniciativa autorizo que o parto cesárea seja realizado da forma como foi exposta no presente termo, inclusive quanto aos procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e emergenciais, as quais serão conduzidas de acordo com o julgamento técnico do médico acima autorizado e equipe, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realiza o tratamento.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi todo o seu conteúdo, AUTORIZANDO a realização do procedimento.

Ciente,

Nome legível da Paciente/Representante ou Responsável Legal

Assinatura

Nome legível do médico assistente

Assinatura e carimbo

Curitiba, ____ de _____ de _____.