



Preencher quando não houver etiqueta

Nome:

Cód.:

Leito:

Conv.:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PARTO CESÁREA POR DECISÃO DA GESTANTE

1. Identificação do Paciente (Representante Legal)

Nome: Idade:

Endereço:

Telefone: CPF: RG:

2. Declaro para os devidos fins minha decisão de realizar o **parto cesárea**.

3. Declaro ter ciência de que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica.

4. Declaro estar ciente de que a data da cesárea será definida pelo(a) médico(a) assistente, com base nos indicativos de completa maturidade do feto, consoante a literatura médica pertinente.

5. Declaro ainda ter sido informada pelo Dr(a)....., CRM/BA que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo os mais comuns infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

6. Declaro, também, ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do meu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente.

7. Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantido a minha decisão de realizar parto cesárea.

8. Confirmação de autorização para o **parto cesárea**, local e data:

Cidade: Data:

.....
Assinatura do Médico

.....
Assinatura do Paciente

.....
Testemunha

.....
Testemunha