

# Termo de Ciência e Consentimento Cesariana por Decisão Materna

*Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos*

Nome Completo do Paciente: \_\_\_\_\_  
 Filiação: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Conv.: \_\_\_\_\_ SAME: \_\_\_\_\_  
 Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Médico Assistente: \_\_\_\_\_  
 Unidade/Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome social: \_\_\_\_\_

Por este instrumento, eu, \_\_\_\_\_, declaro que:

## DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

### **CESARIANA ELETIVA POR DECISÃO MATERNA**

## O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Compreendo que uma cesariana eletiva é aquela realizada sem indicação médica, por minha opção de evitar um parto vaginal. Fui informada que por motivos legais e para evitar problemas de prematuridade para meu bebê, a cesariana eletiva só pode ser realizada após completada a 39ª semana de gestação e depois de eu ter sido informada de maneira clara de todos os riscos associados a esta minha opção. Desta maneira fui informada e compreendi o que segue:

A cesariana é uma cirurgia, e como todos os procedimentos cirúrgicos, tem riscos. Os riscos relacionados a uma cesariana não se restringem somente à realização do procedimento em si, e podem trazer consequências danosas para eventuais futuras gestações que eu porventura vier a ter. Para realização da cesariana terei que ser submetida a uma anestesia que será realizada por um médico anestesiológico que escolherá o método a ser utilizado (bloqueio peridural, subdural ou anestesia geral) conforme os critérios de maior segurança para mim e para meu bebê.

Fui esclarecida que o parto cesárea, nesse caso tem como único benefício o respeito a minha autonomia.

Uma cesariana sem justificativa médica, quando comparada com um parto normal, apresenta os seguintes riscos ou desvantagens: período de recuperação mais longo; morbidade materna três vezes maior (incluindo maior risco de parada cardiorrespiratória

## Termo de Ciência e Consentimento Cesariana por Decisão Materna

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos

Nome Completo do Paciente: \_\_\_\_\_  
 Filiação: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Conv.: \_\_\_\_\_ SAME: \_\_\_\_\_  
 Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Médico Assistente: \_\_\_\_\_  
 Unidade/Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome social: \_\_\_\_\_

pós-cirurgia, hematoma de incisão, histerectomia, infecção puerperal, lesão de bexiga e ureteres, lesão de alças intestinais e complicações anestésicas). Para o bebê há um risco aumentado de problemas respiratórios (dificuldade respiratória transitória para o bebê) os quais, embora possam ocorrer em qualquer idade gestacional, têm uma incidência de 35,5 casos para cada 1.000 nascimentos por cesariana eletiva fora do trabalho de parto, o que é muito maior do que 12,2/1.000 nascimentos por cesariana realizada durante o trabalho de parto e 5,3/1.000 para nascimentos por parto vaginal.

Fui informada também que em futuras gestações que eu vier a ter, esta cesariana pode acarretar consequência indesejáveis graves que são: aumento de risco de ruptura uterina (0,5-1,0%), inserção anormal de placenta (acretismo placentário), com maior probabilidade de sangramento grave, histerectomia, choque e até morte.

Fui esclarecida que o parto normal é a alternativa ao parto cesárea eletiva, tendo tido oportunidade de escolha.

Na recuperação da cesareana é previsto sentir dor na cicatriz, que será controlada com medicações analgésicas, existe risco de infecção da ferida operatória, além de cicatriz hipertrófica ou formação de quelóide que independem da técnica cirúrgica utilizada.

entendi que caso cesárea eletiva não seja realizada, poderei aguardar evolução para trabalho de parto normal, até a data limite estabelecida por meu médico de acordo com meu estado clínico obstétrico, seguindo acompanhamento de pré natal.

### AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

## Termo de Ciência e Consentimento Cesariana por Decisão Materna

*Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos*

Nome Completo do Paciente: \_\_\_\_\_  
 Filiação: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Conv.: \_\_\_\_\_ SAME: \_\_\_\_\_  
 Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Médico Assistente: \_\_\_\_\_  
 Unidade/Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome social: \_\_\_\_\_

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ \_\_\_\_: \_\_\_\_ (hh:min)

Paciente  Responsável

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

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

### DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ \_\_\_\_: \_\_\_\_ (hh:min)

Nome do(a) profissional \_\_\_\_\_ Conselho: \_\_\_\_\_

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