

Termo de Ciência e Consentimento Realização de Parto Normal

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:

REALIZAÇÃO DE PARTO NORMAL

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

O trabalho de parto caracteriza-se por contrações uterinas regulares, progressivas, que podem ser dolorosas e que levam a dilatação do colo uterino associados ou não a rotura espontânea das membranas ovulares e perduram até o nascimento do bebê, tendo duração variável de 12 a 18 horas.

Durante todo esse tempo poderei contar com a presença de um acompanhante de minha livre escolha, inclusive no momento do parto, poderei me movimentar e escolher posições que me pareçam mais confortáveis e que poderei ingerir líquidos (de preferência soluções isotônicas) e dieta leve, salvo prescrição médica em contrário ou proximidade da realização de anestesia. Estou ciente que para avaliar a minha condição e a do bebê, a equipe médica e de enfermagem terá a necessidade de realizar avaliações periódicas do batimento cardíaco fetal (ausculta intermitente por meio de detector fetal sonar ou através de registro de cardiotocografia), da dinâmica uterina (número e características da contração uterina), coloração do líquido amniótico por inspeção ou por amnioscopia (caso tenha dilatação e haja indicação), da dilatação do colo uterino através do toque vaginal (menos frequente no início e necessária com o avançar do trabalho de parto) além dos sinais vitais maternos (pressão arterial, pulso, frequência respiratória).

Fui informada que durante o trabalho de parto, pode haver necessidade de realização de alguma intervenção, a partir da avaliação do médico obstetra, com a finalidade de

Termo de Ciência e Consentimento Realização de Parto Normal

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: _____

preservar as condições ideais de nascimento para a mãe e o bebê, como: uso de substâncias (ocitocina) para coordenar as contrações uterinas; alívio da dor não farmacológico (massagens, técnicas de relaxamento, mudanças de posição , uso dos equipamentos de parto disponíveis no hospital tais como bola suíça, cavalinho , banqueta de parto ,escada de Ling) ou farmacológico (analgesia e/ou anestesia locorregional), de indicação e responsabilidade exclusiva do médico anestesista assim como a amniotomia (rotura artificial da bolsa das águas). Estou ciente que serei esclarecida quanto a necessidade de realização destas intervenções no momento de sua realização durante o trabalho de parto. Fui informada que, em situações especiais, determinadas pela equipe de assistência, o trabalho de parto necessitará ser desencadeado artificialmente pela administração de ocitocina via endovenosa, em gotejamento contínuo ou pela administração de medicação via vaginal, ou outro método disponível, desta forma, até que se atinja a fase ativa do trabalho de parto , com duas contrações a cada dez minutos, durando mais que 40 segundos.

Quanto ao tipo de parto: o nascimento pode ocorrer, na maioria das vezes por parto normal através do qual o bebê sai do útero, passa pelo canal vaginal e pela vulva atingindo a parte exterior do corpo e que existe a opção de nascimento através de cesárea (ou cesariana), que é um procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para a retirada do bebê do útero materno.

Quanto ao parto por via vaginal: durante o período expulsivo (momento em que ocorre a passagem do bebê pela vagina e sua saída pela vulva) poderá ser necessária, a realização, a critério do médico assistente, da episiotomia, que é um corte na minha vagina e vulva para ajudar na saída do bebê em casos de sofrimento fetal, fetos prematuros, fetos avaliados como macrossômicos (acima de 4.000g) ou ameaça de laceração de terceiro grau (quando atinge o esfíncter do ânus). Estima-se que a necessidade da episiotomia gira em torno de 10 a 15% dos partos. A incidência de lacerações perineais quando não se realiza a episiotomia é de cerca de 5 a 25%, podendo ser de primeiro até terceiros graus. O médico também poderá utilizar um instrumento chamado fórceps ou vácuo-extrator, que irá ajudar no nascimento da cabeça do bebê, caso seja necessário nos casos de sofrimento fetal agudo onde o nascimento seja mais rápido pela via vaginal , ou nos casos de exaustão materna. O uso destes instrumentos pode, eventualmente, deixar "marcas" na face e crânio

Termo de Ciência e Consentimento Realização de Parto Normal

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: _____

do recém-nascido, porém são transitórias e não causam sequelas, na maioria dos casos. Os riscos mais comuns do parto normal são hemorragia, infecção, lesões da bexiga, reto, ânus, esfíncteres interno e externo, incontinência urinária (dificuldade de controlar a urina) e/ou fecal, prolapso uterino e “queda” da bexiga e ou do reto (saída da bexiga, reto ou do útero pela vagina), atonia uterina (perda de tônus muscular do útero, que não contrai após o parto), fratura da clavícula ou intercorrência/sequela pelo uso de fórceps no bebê, sendo excepcional a ocorrência óbito. As possíveis complicações descritas a longo prazo, são discreta perda urinária involuntária que se resolve espontaneamente, na grande maioria dos casos e sensação de alargamento ou frouxidão do canal vaginal de graus variados relacionados fatores individuais como grau de elasticidade das paredes além do peso do recém-nascido.

Nos casos de sofrimento fetal o parto poderá ser convertido para cesareana de urgência, quando for mais rápido a extração fetal por essa via , evitando anoxia (falta de oxigenação no cérebro) ; nesse caso a cesárea aumenta riscos a minha saúde tais como: trombose , hemorragia, lesão de bexiga ou órgãos adjacentes.

Pode ocorrer o sofrimento fetal em situação onde não seja possível o parto cesareana, e nesse caso o parto deverá ser instrumentado, ou com vácuo extractor ou co forceps; a escolha do instrumento é de responsabilidade do obstetra , considerando a condição clínica do feto e da mãe e de sua habilidade para promover o nascimento de forma rápida .

Quanto a necessidade de realização de cesárea: em qualquer momento durante o trabalho de parto, poderá ser necessária a conversão em cesárea, seja por indicação médica, no caso de intercorrências que levam a risco de vida da mãe e/ou da criança, ou por meu desejo e manifestação da mãe. Neste caso, os médicos farão um corte na parede abdominal para a retirada do bebê. Esta incisão causará uma cicatriz visível que poderá ser, de forma mais comum, transversal ou raramente, longitudinal, dependendo da indicação médica decorrente dos riscos e da urgência do momento e que os resultados estéticos estarão diretamente ligados às características individuais.

A possibilidade do parto normal evoluir com sucesso é maior que 90 %, em condição de pré natal de baixo risco.

Termo de Ciência e Consentimento Realização de Parto Normal

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: _____

Na recuperação do parto normal, poderei sentir cólica espontânea ou durante a amamentação; a loquiação que é o sangramento vaginal pode persistir por 40 dias, e poderei sentir dor no períneo decorrente de lacerações ou episiotomia.

Caso ocorra parada na progressão do trabalho de parto ou sinais de sofrimento fetal, o parto poderá ser instrumentado ou cirúrgico.

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;

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

Termo de Ciência e Consentimento Realização de Parto Normal

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: _____

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: _____