

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: M F Registro: _____

Leito/Andar: _____

Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui.

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
PARA PROCEDIMENTOS DE PARTO CESÁREA**

Eu, _____ (nome completo),
_____ (nacionalidade), portadora do RG _____ órgão expedidor _____,
e inscrita no CPF/MF sob o nº _____, residente e domiciliada na _____
_____, no município _____,
estado _____, declaro para os devidos fins minha decisão de realizar PARTO CESÁREA.

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.

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.

Declaro ainda ter sido informada pelo (a) Dr.(a) _____, CRM/RJ _____
que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo as mais comuns infecções, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada 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 o risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

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 seu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente.

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

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura da gestante

Assinatura da gestante

(Nome, assinatura e RG da testemunha)

(Nome, assinatura e RG da testemunha)