

DADOS DO PACIENTE

Paciente: _____

CPF: _____

RG: _____

Data de Nascimento: _____

Profissão: _____

Cidade: _____

Endereço: _____

UF: _____, CEP: _____

Bairro: _____

Estado Civil: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA PARTO NORMAL

Declaro para os devidos fins minha decisão de realizar PARTO NORMAL. Declaro ter sido informada que, durante o trabalho de parto, existem situações obstétricas em que pode haver necessidade de alguma intervenção, com a finalidade de preservar as condições ideais de nascimento para a mãe e o feto, como:

- Uso de substância(s) para desencadear e/ou coordenar as contrações uterinas,
 - Necessidade de analgesia e/ou anestesia locorregional,
 - Realização de amnioscopia (exame para avaliar a cor do líquido amniótico),
 - Amniotomia (rotura artificial da bolsa das águas),
 - Cardiotocografia (registro das contrações uterinas e da frequência cardíaca fetal);
 - Episiotomia (corte no períneo);
 - Procedimentos operatórios para abreviar o tempo de expulsão do bebê (fórcipe ou vácuo-extrator).
- Neste caso, o parto deixará de ser "normal" e será chamado de parto vaginal operatório.

Declaro ter sido esclarecida que, em qualquer momento durante o trabalho de parto, o mesmo poderá ser convertido em cesárea, seja por indicação médica, no caso de intercorrências que levam a risco de vida da mãe e/ou da criança, ou por minha manifestação autônoma.

Declaro ter ciência de que apesar de o parto normal ser considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica, existem situações em que a cesárea é recomendada para salvaguardar a mãe e/ou feto, como:

- Descolamento prematuro da placenta (quando a placenta descola antes do nascimento);
- Placenta prévia centro total ou centro parcial (quando a placenta está localizada total ou parcialmente sobre o colo do útero, impedindo a passagem do feto);
- Cicatriz uterina decorrente de duas ou mais cesáreas anteriores;
- Cicatriz uterina decorrente de uma cesárea com incisão vertical sobre o útero;
- Cicatriz uterina decorrente de incisões cirúrgicas prévias, como ocorre na retirada de miomas com preservação do útero;
- Quando o feto se apresenta de modo anômalo (sentado ou deitado);
- Gestações múltiplas (dois fetos ou mais), quando um ou ambos os fetos se apresentam(m) em posição anômala (sentado ou deitado);
- Em situações clínicas (diabetes, hipertensão, hemorragias) que possam comprometer a saúde do feto e/ou da gestante;
- Quando o estado fetal não é tranquilizador, decorrente de resultado de exame(s) sugestivo(s) de oxigenação fetal prejudicada.
- Quando houver evidências de desproporção entre o feto e a bacia materna (incluindo iminência de ruptura do útero).

Declaro por fim, e nestas condições, CONSINTO que se realize o PARTO NORMAL sendo este o meu desejo. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e 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 procedimento, objeto deste documento, se realize.

Assinatura da paciente ou responsável legal _____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que a paciente acima referida está sujeita, a própria paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, a paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura da paciente ou responsável legal _____

Nome do médico: _____

Assinatura: _____ CRM: _____