

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
nacionalidade _____, portadora do RG n° _____,
_____ e inscrita no CPF/MF sob n° _____,
_____ residente e domiciliada no endereço _____,
na cidade de _____, PR, declaro para os devidos fins minha decisão de realizar PARTO CESARIANO¹.

Declaro ter ciência que o parto vaginal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, traz mais benefícios e vantagens para a mãe e o bebê. Declaro ainda ter sido informada pelo(a) Dr(a). _____, CRM/PR _____ 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).

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.

Declaro estar ciente da necessidade de anestesia para a realização da cirurgia, o que envolve riscos como reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros. Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório, bem como maior incidência de reanimação neonatal e maior risco de admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal. Como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente, tanto para a mãe como para o bebê.

Declaro estar ciente de que a data do parto cesariano será definida pelo(a) médico(a) assistente, devendo ocorrer entre 39 semanas e 40 semanas e 6 dias, visando a completa maturidade do feto. (Resolução Normativa do Conselho Federal de Medicina nº 2.144, de 17/03/2016, que em condições normais somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação).

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas com a equipe de saúde e mantenho minha decisão de realizar o parto cesariano.

Finalmente, declaro ter sido atendida em minhas dúvidas e questões, por meio de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceitado as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressei meu pleno consentimento para sua realização.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará no meu prontuário e a outra na minha posse.

_____, ____ de _____ de _____.

1. Nomenclatura do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do

Sistema Único de Saúde (SUS)

Assinado por: **Carolina Bolfe Poliquesi** em 23/04/2020 18:07. Inserido ao protocolo **16.518.560-9** por: **Carolina Bolfe Poliquesi** em: 23/04/2020 18:07. Documento assinado nos termos do art. 18 do Decreto Estadual 5389/2016. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: <https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarAssinatura.do> com o código: **3805d23f9f960f2419bf897eeae90fb2**.