



# Documento de consentimento livre e esclarecido para realização de procedimento médico



## CESÁREA PROGRAMADA

<b>Declarante</b>		
<input type="checkbox"/> Parturiente	<input type="checkbox"/> Representante legal	
Nome	Idade	
Endereço	Telefone	
Identidade nº	Órgão expedidor	Data emissão
Obs.: No caso do declarante não ser a parturiente, preencher o box abaixo com os dados da mesma.		

<b>Parturiente</b>		
Nome	Idade	
Endereço	Telefone	
Identidade nº	Órgão expedidor	Data emissão
Código Unimed (nº da carteira)		

DECLARO que o doutor

Nome	CRM
------	-----

informou-me que, tendo em vista o diagnóstico de

--------------

ser conveniente e indicado proceder CESÁREA PROGRAMADA.

Esclareceu-me que:

1. A cesárea é uma intervenção obstétrica na qual se faz a extração fetal por via abdominal.
2. O fato de se programar uma cesárea se deve as circunstâncias atuais de minha gestação que não permitem um parto por via vaginal, em vista de se presumir um maior risco (aumento da morbidade e mortalidade, tanto para a mãe quanto para o feto). Assim, é a cesariana a alternativa que oferece maior garantia para meu futuro filho e para mim.
3. A cesárea necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia, e atenção especializada ao recém-nascido.
4. A cesárea abdominal não está isenta de complicações. Deforma excepcional, pode surgir as derivadas do parto (hemorragia, atonia uterina, endometrites, transtornos de coagulação e infecções); e as derivadas da intervenção cirúrgica (febre, infecção da ferida, seromas, hematomas, afecções urinárias, deiscência e/ou eventração pós-cirúrgica).
5. Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.
6. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

**ANS nº 367397**

A longo prazo poderão existir prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, hérnias, proslaparatómicas (abdominais), assim como patologia de ovários restantes quando se conservam os mesmos.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições **CONSINTO** que se realize a **CESÁREA PROGRAMADA** proposta.

Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Campina Grande, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico

\_\_\_\_\_  
Parturiente ou Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Testemunha 1

\_\_\_\_\_  
Testemunha 2

### Revogação

Revogo o consentimento prestado na data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Campina Grande, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico

\_\_\_\_\_  
Parturiente ou Representante Legal