

TCLE* – CESARIANA A PEDIDO

*TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

FILIAÇÃO:

DATA:

Eu, acima identificada, declaro que fui informada pela equipe médica quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Cirúrgico de **CESARIANA A PEDIDO** ao qual serei submetida, declarando ainda, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, o Dr.(a) , inscrito no CRM sob o n.º a realizar o procedimento acima indicado e todos o que incluem e outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: É a retirada do bebê através de um corte feito na parte baixa da barriga para atingir o útero, que é costurado ao final do procedimento. Antes da cirurgia é colocado um tubo fino de borracha no canal da urina para saída contínua da urina (sonda vesical) que é retirada algumas horas depois do procedimento. A cirurgia pode durar em média cerca de 45 minutos a 1 hora ou mais em algumas situações. Geralmente é necessária a internação hospitalar por alguns dias a critério médico dependendo das condições de saúde da mulher.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES: 1. Maior tempo de cicatrização. / 2. Risco anestésico (cefaleia pela anestesia) / 3. Hemorragia pós-parto / 4. Necessidade de transfusão / 5. Infecções / 6. Lesão e infecção do trato urinário e do útero / 7. Trombose / 8. Histerectomia (retirada cirúrgica do útero) / 9. Atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança) / 10. Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica grosseira) / 11. Excepcional a ocorrência de óbito / 12. Risco de dificuldade respiratória para o bebê.

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.

4. **Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

DESCRIÇÃO ANESTÉSICA: Vide termo próprio (TCLE – ANESTESIA E SEDAÇÃO)

DECLARO AINDA QUE:

- 1) Estou ciente de que a cesárea a pedido é uma cirurgia feita sem a indicação médica, respeitando o desejo e autonomia da parturiente, que tenha idade gestacional a partir de 39 semanas completas, confirmada pela data da última menstruação e por ultrassonografia realizada nos primeiros 3 meses da gestação.
- 2) Existe outra opção para o nascimento do meu filho, o parto normal, através do qual o bebê sairá do útero pelo canal vaginal até a vulva e daí para o exterior do corpo, que é considerado a melhor via de parto em indicações normais de gestação conforme descrito em literatura médica e que no caso, não há contra indicação médica para sua realização.
- 3) Se durante a minha operação houver alguma intercorrência inesperada e houver a necessidade de se realizar qualquer outro procedimento e/ou cirurgia a qual antes não fazia parte do que me foi inicialmente planejado e explicado, ficam desde já previamente autorizados os médicos envolvidos na cirurgia e respectiva equipe, incluindo o anestesista, a realizar o que for necessário para proteger minha saúde e minha vida.
- 4) Autorizo a realização exames complementares e biopsias de qualquer natureza, do material coletado na cirurgia, visando o esclarecimento de meu diagnóstico ou para benefício de meu tratamento.
- 5) Nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que porventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por venturas existentes.
- 6) As cesáreas sucessivas apresentam risco aumentado de placenta baixa, localizada próximo ao colo do útero (placenta previa) e de placenta que penetra parcial ou totalmente na musculatura, podendo invadir outros órgãos (acretismo placentário), levando maior tempo de cirurgia, maior risco de hemorragia materna, lesão de intestino, de bexiga, perda de urina aos esforços a longo prazo, transfusão de sangue e aderências (fibrose).
- 7) Concordo e autorizo meu médico a: realizar, durante minha internação, todos os atos necessários para preservar minha vida, inclusive transfusão de sangue; e modificar a técnica cirúrgica definida, caso ocorra algum fato inesperado, para o melhor resultado.
- 8) Estou ciente de que a presente manifestação de vontade não é um contrato ou uma garantia de sucesso do procedimento
- 9) Confirmando que tive oportunidade de perguntar o que quis e recebi todas as respostas da equipe médica, de forma clara e em linguagem compreensível ao leigo da medicina, a qual me esclareceram todas as dúvidas relativas ao(s) procedimento(s) e as operações a que serei submetido(a) durante a avaliação pré-operatória Ambulatorial, SALVO em casos emergenciais, em que este termo poderá ser adquirido e registrado em outros formatos específicos.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Franca, de de

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO MÉDICO ASSISTENTE:

() Afirmo que expliquei todo o procedimento, exames, tratamentos e/ou cirurgias que o paciente acima referido poderá necessitar, sendo que expliquei ao próprio paciente e/ou seu responsável, todos os aspectos sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente/responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de **emergência**. Por ser verdade:

ASSINATURA DO MÉDICO (ASSISTENTE)

NOME DO MÉDICO:

CRM:

ASSINATURA DO MÉDICO (TESTEMUNHA)

NOME DO MÉDICO:

CRM: