

Nome do paciente:

Nome da mãe:

Data de nascimento:

Atendimento:

Data da internação:

Médico:

Este Termo de Consentimento Informado se refere ao procedimento obstétrico ou parto a que a paciente será submetida e tem por finalidade esclarecer a natureza do procedimento, suas consequências e riscos, bem como após a compreensão de todos os termos e ciência, autorizando assim a realização do procedimento_____.

Eu _____,
Nº _____ de _____ identidade _____, Paciente / Responsável
(Parentesco: _____), **DECLARO que:**

1. ESTOU CIENTE de que durante o procedimento poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas e o tratamento/procedimento médico pode necessitar de cuidados diferentes daqueles inicialmente previstos;

2. ESTOU CIENTE de que em procedimentos médicos invasivos podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas respiratórios e cardiovasculares.

3. Por livre iniciativa AUTORIZO que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, inclusive os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude singular de cada evento.

4. AUTORIZO que o material biológico coletado para exame anatomopatológico seja encaminhado para a equipe médica do Instituto de Patologia de Araçatuba (IPAT), por indicação do médico assistente; e autorizo, quando necessário, o esgotamento do material biológico na tentativa de realização do exame. Eventuais casos selecionados, de difícil conclusão diagnóstica, poderão ser enviados para laboratórios de consultoria no Brasil e no exterior.

SOBRE CURETAGEM PÓS ABORTO E CERCLAGEM

5. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informada sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

SOBRE O PARTO

6. Recebi explicações e entendi que por estar grávida, devo passar por um processo de parto por via vaginal ou cesárea, a depender da indicação da equipe médica e de enfermagem; e também que não existe procedimento médico isento de riscos, mesmo com o uso das melhores técnicas médicas.

7. Estou plenamente ciente e de acordo que a opção pela realização do PARTO NORMAL ou PARTO CESÁREA é uma decisão que deve ser tomada por mim (parturiente) em conjunto com o médico obstetra.

8. DECLARO ter ciência de que o parto normal é considerado como a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito na literatura médica.

SOBRE O TRABALHO DE PARTO

09. O trabalho de parto se caracteriza pelas seguintes condições: contrações uterinas regulares (no mínimo 2 contrações a cada 10 minutos), colo uterino apagado e com 4 cm ou mais de dilatação.

Fui informada que entre o início do trabalho de parto e o nascimento poderá transcorrer em média 12 a 16 horas. Durante todo este tempo, poderei contar com a presença de um acompanhante de minha livre escolha, inclusive no momento do parto e com a presença de doula ou enfermeira obstetra previamente cadastrada no Hospital da Unimed de Araçatuba.

10. Estou ciente de que para avaliar a progressão do trabalho de parto e o meu bem-estar e do bebê, a equipe médica e de enfermagem necessitará realizar avaliações periódicas, entre elas: ausculta dos batimentos cardíaco-fetais, avaliação da dinâmica uterina, avaliação da dilatação do colo uterino (menos frequente no início do trabalho de parto, mas necessária com o avançar deste), além dos sinais vitais da mãe (pressão arterial, pulso, frequência respiratória, temperatura e dor).

11. Cabe ressaltar que o exame de toque obstétrico é extremamente importante para identificar as condições do colo uterino: posição, esvaziamento e dilatação; se a bolsa das águas está íntegra ou rota, apresentação do bebê (cefálico ou pélvico) e sua altura e posição; além de verificar a eventual presença do cordão umbilical. Também é possível avaliar a bacia obstétrica.

12. Em momentos indicados pela equipe médica, pode ser necessária a avaliação do bem-estar fetal através de um exame chamado cardiotocografia, além da ausculta rotineira dos batimentos cardíacos fetais. Ele pode indicar se o bebê está ou não em sofrimento e se tem condições de suportar o trabalho de parto.

PARTO NORMAL

13. A parturiente poderá receber líquidos ou alimentos leves durante o trabalho de parto. Não encorajamos o uso rotineiro de estimulante uterino, mas em casos de trabalho de parto prolongado, seu uso pode ser necessário. Também pode ser necessária a realização da amniotomia (rompimento artificial da bolsa das águas).

14. O segundo estágio do trabalho de parto (período expulsivo) pode durar até 2 horas para as primíparas e cerca de 1 hora para as múltiparas. Se estiver sob analgesia de parto, poderá durar uma hora a mais. Durante todo este processo, é muito importante manter a vigilância do estado materno e fetal. Ocasionalmente, no momento do nascimento, pode ser necessário realizar uma episiotomia, ou seja, incisão cirúrgica na vagina ou períneo para aumentar o espaço para a passagem do feto, principalmente nos casos de sofrimento fetal, fetos prematuros, fetos macrossômicos (acima de 4.000g), progressão insuficiente para o parto ou ameaça de laceração de terceiro grau. Situações muito específicas podem requerer auxílio de instrumentos para a retirada do bebê, como o fórceps ou vácuo-extrator, o que será avisado pelo obstetra.

PARTO CESÁREA

15. Em algumas situações, em que não é possível a realização do parto por via vaginal ou quando a evolução do trabalho de parto não foi favorável, é necessário realizar uma cirurgia chamada cesariana. O procedimento será realizado por no mínimo dois médicos obstetras, que farão um corte na barriga (da parede abdominal até o útero) para possibilitar a retirada do bebê. Desta cirurgia resultará uma cicatriz visível que poderá ser transversal ou longitudinal ao corpo, dependendo da indicação médica para tal, levando-se em conta o risco e a urgência no momento da realização da cirurgia, que independem da habilidade médica, visto que dependem de fatores predisponentes de cada paciente. A parturiente deverá estar preferencialmente em jejum, de pelo menos 6 a 8 horas, caso não se trate de uma emergência.

16. Fui informada pelo(a) médico(a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram o(s) seguinte(s) diagnóstico(s) de indicação de parto cesárea:

- Desproporção céfalo-pélvica
- Apresentação pélvica ou transversa
- Iteratividade (2 ou mais cesáreas anteriores)
- Descolamento prematuro de placenta
- Rotura Uterina
- Distócia funcional ou de trajeto
- Sofrimento fetal (Alteração do doppler fetal Alterações em CTG Outro _____)
- Vasa prévia
- Prolapso do cordão umbilical
- Obstrução do Trato Genital Materno (ex.: por grandes condilomas/ verrugas)
- Placenta prévia (PP) centro-total ou centro-parcial
- Placenta acreta
- Gestação múltipla (gemelar, trigemelar, quadrigemelar)
- Gestação gemelar com o primeiro feto não cefálico
- Malformação fetal (gêmeos unidos, cardíaca ou grandes vasos, SNC, Gastrointestinal, esquelético, pulmonar, outro _____).
- Patologia materna (pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, cardiopatia, soropositivo para HIV, lesões ativas de Herpes Genital, outro _____)

17. 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 e da determinação da Resolução Normativa do Conselho

Federal de Medicina nº 2284/2020, de 24/05/2021, que nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir de 39 semanas completas de gestação (273 dias), devendo haver o registro em prontuário.

ANESTESIA

18. São utilizados métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto. Entretanto, durante o trabalho de parto, ou ainda, no momento do parto, pode ser necessária a administração de agentes anestésicos. No momento em que a parturiente desejar, pode optar pela analgesia de parto. Ela alivia a dor, acalma e tranquiliza, sem causar bloqueio motor (permite à paciente continuar se movimentando), possibilitando a colaboração ativa no parto. O anestesista irá orientá-la. No caso de um parto vaginal, pode ser realizado uma anestesia local para a realização da episiotomia, quando indicada (podendo ser realizado pelo próprio médico obstetra). Para a cesárea, é obrigatória a administração de uma anestesia, que será avaliada pelo médico anesthesiologista, indicando qual a melhor técnica para o seu caso. As técnicas de escolha são as regionais, raqui e peridural. A anestesia geral só é indicada em situações de contraindicação destas.

O tipo de anestesia vai depender do procedimento a ela associado.

Anestesia local: Promove bloqueio da sensibilidade em determinada região do corpo por meio do uso de medicações chamadas de anestésico local.

Anestesia Geral: O paciente permanece inconsciente durante todo o procedimento, não tendo nenhuma percepção de dor, espaço ou movimentação.

Regional ou parcial: Apenas uma parte do corpo é anestesiada, podendo ser associada com sedação ou não. São exemplos de anestesia regional a peridural e a raquianestesia.

Sedação: Consiste na diminuição do nível de consciência, em que o paciente fica mais tranquilo e relaxado. É indicado para realizar procedimentos ou exames rápidos.

19. **AUTORIZO** o procedimento anestésico adequado para o exame proposto, bem como outros procedimentos que o médico considere necessário frente às situações imprevistas relacionadas ao ato anestésico que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

COMPLICAÇÕES

20. **Em ambos os tipos de parto, as complicações mais comuns incluem hemorragia e infecção.**

- Hemorragias durante ou após o parto: lacerações do trajeto pélvico (canal de parto) ou atonia uterina (falta de contração do útero), sendo que neste último caso, pode levar a uma situação na qual a equipe médica necessite realizar a retirada do útero (histerectomia) para controlar a hemorragia e preservar a vida da paciente, e em alguns casos, pode ser necessária uma transfusão sanguínea.

- Apesar de todos os cuidados de assepsia e profilaxia antibiótica, infecções no útero ou na incisão podem surgir, algumas vezes levando à formação de abscessos e deiscência (abertura dos pontos).

21. **As complicações que podem decorrer de um parto cesárea são:**

- Afecções urinárias (lesão de bexiga, infecção);
- Lesão de intestino;
- Infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea);
- Risco de formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local);
- Cicatriz hipertrófica (espessa);
- Aumento da sensibilidade e/ou dormência na região da cicatriz ou próximo a ela além de dor pélvica crônica.

22. **As complicações que podem decorrer de um parto normal são:**

- Lacerações do períneo, que podem, raramente, atingir a bexiga, reto, ânus, músculos esfínteres, podendo levar à incontinência urinária e/ou fecal, queda da bexiga ou do reto, prolapso uterino (saída da bexiga, reto ou útero pela vagina), ou alargamento da vagina;

- Sangramento, hematoma, inflamação dos pontos ou infecção da episiotomia;
- Ruptura do útero;
- Inversão Uterina;

- No caso de uso de instrumentos, pequenas escoriações na cabeça do bebê ou hematomas;

- Distocia de ombro (dificuldade na liberação dos ombros, nos casos de extração difícil do canal de parto), podendo levar a lesões ósseas (fratura de clavícula), neurais (lesão de plexo braquial) e à asfixia;

- Complicações respiratórias da criança por aspiração de mecônio (que podem, excepcionalmente, levar a óbito);

RISCO EPIDEMIOLÓGICO DECORRENTE DO COVID-19



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

HUA.FOR.CO.027
Versão 000

23. Fui devidamente esclarecida pelo meu médico cirurgião e estou completamente ciente dos riscos a que estarei exposta no perioperatório, sobretudo no período de internação, referente a possível e eventual contaminação pelo COVID-19, também chamado de NOVO CORONAVÍRUS. Tal risco decorrerá do contato ou aproximação com outros pacientes infectados, mesmo que assintomáticos ou até mesmo, com outros profissionais da saúde e com materiais médico-hospitalares infectados. Tenho ciência que eventual infecção com o COVID-19 poderá provocar em meu organismo febre, dores musculares, dificuldade respiratória e até mesmo, meu óbito.

SOBRE O CONSENTIMENTO

24. Após ler cuidadosamente este documento, tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas em relação ao procedimento obstétrico ou ao parto e suas intercorrências, que me foram esclarecidas, tomando decisão do tratamento em conjunto com meu (minha) médico (a) e meu (minha) acompanhante.

25. DECLARO ter sido sincera e exata na declaração de meus antecedentes clínicos, autorizando assim, que o (a) médico (a) realize os procedimentos descritos conforme seu julgamento técnico, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis para a realização do meu procedimento obstétrico ou parto, via vaginal ou cesariana.

26. AUTORIZO que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude singular de cada evento de acordo com o julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

27. DECLARO que a minha opção de escolha para o parto foi _____, estando ciente de todos os riscos e benefícios.

28. Por fim, RECONHEÇO que complicações podem ocorrer, mas todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital Unimed Araçatuba serão utilizados para alcançar o melhor resultado possível.

Araçatuba, _____ de _____ de _____.

Assinatura

Testemunhas:

1) Nome completo: _____ RG _____

Assinatura

2) Nome completo: _____ RG _____

Assinatura

Deve ser preenchido pelo médico:

Confirmo que expliquei detalhadamente para a paciente e/ou responsável todos os procedimentos obstétricos em geral, sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, em face de sua situação clínica e de seus antecedentes, bem como a importância de que as informações acima fornecidas sejam corretas e verdadeiras.

Araçatuba, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Médico assistente