

Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a) equipe médica e assistente, no Hospital Unimed Chapecó, a realizarem o procedimento proposto - versão cefálica externa - na tentativa de posicionar o feto na posição de cabeça para baixo (apresentação cefálica). Este procedimento é feito através da manipulação do meu abdome, com objetivo de evitar uma cesariana, pois o feto está sentado (apresentação pélvica).

Fui informada que a versão cefálica externa é um procedimento realizado por um médico obstetra e sua taxa de sucesso varia entre 35% e 86%, na dependência das condições do organismo materno, da posição do bebê e da localização da placenta. As taxas de sucesso são maiores quando a placenta estiver implantada na região fúndica, posterior ou lateral, o índice de líquido amniótico for maior do que 10cm, o peso fetal estimado for maior do que 2.500g, a dilatação do colo for menor do que 02 cm e a altura da apresentação estiver no plano - 3DeLee ou acima.

O médico explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.

Sei que este procedimento não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante a sua realização existem outras que podem ocorrer no período imediato ou tardio após a sua realização. Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. O efeito desejado (conversão da apresentação do feto) pode não ser obtido, mesmo com o procedimento sendo realizado com a técnica correta.
2. Mesmo quando feita com sucesso, eventualmente, o feto pode retornar à apresentação pélvica horas ou dias após a realização do procedimento.
3. Por ser realizado sem anestesia, pode haver um pequeno desconforto durante as manobras de reposicionamento do feto.
4. Pode ocorrer descolamento prematuro da placenta e morte fetal, que são raros (0,24%).
5. Necessidade de uma cesariana de urgência após a versão cefálica (0,35%).
6. Outros riscos (especificar quando pertinente).

Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns.

Fui informada também que, antes de realizar o procedimento, o(a) médico(a) fará alguns exames (ecografia e cardiotocografia), para se certificar da saúde do feto e do volume de líquido amniótico, e utilizará uma medicação intramuscular para relaxar o útero e poderá acarretar sintomas desagradáveis por provocar aumento da frequência cardíaca.

Reconheço que durante o procedimento ou no período seguinte novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o procedimento for iniciado.

Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pelo(a) médico(a), bem como informá-lo(a) imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica, que o procedimento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Chapecó, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome (em letra de forma) da paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura da paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura dos médicos executantes: \_\_\_\_\_

*“Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.*

*O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução”.*