

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
CESÁREA PROGRAMADA Á PEDIDO DA PACIENTE**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:		
Identidade nº:	Órgão Expedidor:	Data Emissão:
Data de Nascimento:	Carteira Unimed:	
Tel.: ( )		

Por este termo, em plena capacidade de discernimento, manifesto a vontade de submeter-me, voluntariamente, à cirurgia de cesárea programada, conforme prevê o Código de Ética Médica, no artigo 24 do capítulo IV, que versa sobre os Direitos Humanos, dispõe que é vedado ao médico “*deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo*”.

**Tendo em vista a segurança do feto, tenho ciência que, o parto cesariana programado, se realizará apenas, a partir da 39ª. semana de gestação, conforme disposto em Resolução CFM Nº 2.144 de 17/03/2016.**

Logo, decidi espontaneamente ser submetida ao procedimento cirúrgico em questão, e ainda declaro:

O médico (a) assistente, Dr.(a) \_\_\_\_\_ inscrito (a) no CRM- \_\_\_\_\_ esclareceu-me que:

1. A cesárea é uma intervenção obstétrica na qual se faz a extração fetal por via abdominal.
2. 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.
3. A cesárea requer emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico Serviço de Anestesia, estando ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.
4. É necessária atenção especializada do recém-nascido, que será realizada por médico pediatra.
5. A cesárea abdominal não está isenta de complicações. Podem surgir as derivadas do parto (hemorragia, atonia uterina, endometrites, distúrbios de coagulação, âmnio e tromboembolias e infecções); e as derivadas da intervenção cirúrgica (febre, infecções, seromas, hematomas, afecções urinárias, deiscência e/ou eventração, cicatrização hipertrófica e/ou quelóides, cefaléias, distensão abdominal).
6. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

7. Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.
8. A longo prazo poderão existir prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, hérnias, pós laparatômicas (abdominais).
9. Em próxima gestação, haverá maior risco de ruptura uterina, acretismo placentário, hemorragia pós-parto como conseqüência desta cirurgia.
10. Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.
11. Estou ciente ainda que, consoante disposição legal expressa, do Código de Ética Médica, é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento/tratamento médico sem o esclarecimento e consentimento prévio do paciente ou de seu representante legal, salvo em iminente perigo de vida.

Pelo presente, DECLARO que entendi todas as informações, orientações e explicações prestadas e repassadas pelo médico em linguagem simples e clara, e que minhas dúvidas foram plenamente esclarecidas. Informo ainda ter sido informada a respeito de métodos terapêuticos alternativos. Assim sendo, declaro-me satisfeita com as informações, orientações e explicações recebidas, compreendendo o alcance e os riscos da cirurgia.

Por tal razão, manifesto expressamente minha concordância e consentimento para realização do procedimento acima descrito, na presença do meu médico assistente e de duas testemunhas.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Local) (Data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura Médico/CRM)

Testemunhas:

\_\_\_\_\_  
Nome:

\_\_\_\_\_  
RG:

\_\_\_\_\_  
Nome:

\_\_\_\_\_  
RG:

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