

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CESÁREA PROGRAMADA POR DIAGNÓSTICO MÉDICO

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 e ainda declaro:

O médico (a) assistente, Dr.(a) \_\_\_\_\_ inscrito (a) no CRM- \_\_\_\_\_ informou-me que tendo em vista o diagnóstico de: \_\_\_\_\_ ser conveniente e indicado proceder à cirurgia de cesárea e esclareceu-me que:

1. A cesárea é uma intervenção obstétrica cirúrgica, 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. O fato de se programar a cirurgia supracitada 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, a cesariana, é a alternativa que oferece maior garantia para meu filho e para mim.
4. A cesárea requer emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico do Serviço de Anestesia, estando ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.
5. É necessária atenção especializada ao recém-nascido, que será realizada por médico pediatra.
6. 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).
7. No momento do ato cirúrgico, caso surja algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.
8. 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.
9. A longo prazo, poderão ocorrer prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, hérnias, pós laparatômicas (abdominais).

10. Em próxima gestação, haverá maior risco de ruptura uterina, acretismo placentário, hemorragia pós-parto como consequência desta cirurgia.
11. Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.
12. 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: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**\*Este termo deverá vir acompanhado de relatório médico justificando a indicação da cirurgia de cesárea programada.**