

24 Horas

Unimed 
Centro Sul
Fluminense

Unimed 24 Horas

Rua Franklin de Moraes, 67

Centro, Barra do Pirai – RJ, 27135-000

Whatsapp: (24) 2447-1702 Tel: (24) 3511-0107



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA

☐ PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

☐ TRATAMENTO CLÍNICO

Este documento deve ser preenchido e assinado pelo médico responsável pela realização do procedimento e pelo paciente ou responsável legal, após concordância com as informações e esclarecimentos prestados.

Procedimento: _____

Riscos e complicações potenciais individuais: _____

Eu, _____, declaro que fui informado(a) que serei submetido(a) ao procedimento cirúrgico/clínico proposto e especificado acima e que os seus benefícios, riscos e complicações potenciais me foram claramente esclarecidos. Tive a oportunidade de fazer perguntas, para as quais obtive respostas claras e satisfatórias. Declaro, ainda, que nada omiti em relação a minha saúde (medicamentos utilizados, história prévia de alergias, doenças, cirurgias e anestesia anteriores etc.). Informo que tenho ciência de que procedimentos caracterizados como urgência/emergência que venham a correr em decorrência de complicações do procedimento cirúrgico/clínico ao qual serei submetido(a) deverão ser realizados a critério médico e sua realização estão, desde já, autorizada.

Sendo assim, declaro que estou satisfeito (a) com as informações recebidas, que compreendo o alcance e riscos do procedimento acima descrito e que, nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

☐ Paciente ☐ Responsável legal

Nome legível do responsável legal: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade n°: _____

☐ Declaro que não autorizo o(s) procedimentos e ou cirurgia(s) proposta(s), estando ciente dos riscos da minha decisão.

Assinatura

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO(A)

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que a paciente acima referida está sujeita, a própria paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, a paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico(a) _____

Assinatura _____ CRM _____

PARA SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA - Firmada por 02 (dois) médicos da equipe que assiste o paciente

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por se tratar de situação emergencial para o paciente, situação caracterizado nem seu prontuário.

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ESVAZIAMENTO UTERINO/ABORTAMENTO

Este documento deve ser preenchido e assinando pelo médico responsável pela realização do procedimento e pelo paciente ou responsável legal, após concordância com as informações e esclarecimentos prestados.

Procedimento: _____

INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS

Esclareceu-me que:

1. Abortamento é a interrupção da gestação em idade gestacional abaixo de 20 semanas de gestação ou peso fetal < 500g (nos casos em que não é possível determinar a idade gestacional).
2. O esvaziamento uterino no abortamento é indicado em casos de abortamento retido (parada de evolução da gestação/óbito fetal) e aborto incompleto (presença de material ovular na cavidade uterina)
3. O esvaziamento uterino pode ser realizado por método cirúrgico ou medicamentoso. O método cirúrgico consiste na curetagem uterina.
4. Em casos de abortamento tardio, ocorrido após 14 semanas de gestação, é necessário o uso de medicamento (ex. prostaglandina) para expulsão fetal do útero, sendo o procedimento cirúrgico apenas realizado após o mesmo, nos casos necessários.
5. Os medicamentos para esvaziamento uterino, nos casos de abortamento, são normalmente utilizados durante 24h, podendo ser necessários mais dias para que ocorra a expulsão fetal em algumas pacientes.
6. Às vezes, pode ser necessário um segundo procedimento cirúrgico (curetagem) para esvaziamento completo da cavidade uterina.
7. A curetagem obstétrica necessita anestesia, que será avaliada pelo serviço de anestesia.
8. Em alguns casos pode ser necessário antes da evacuação o uso de método para preparar o colo uterino para o esvaziamento cirúrgico.
9. Todo material obtido através do esvaziamento uterino será enviado para estudo anatomopatológico.
10. Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (ex. diabetes, cardiopatia, hipertensão, anemia, obesidade), traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos como cirúrgicos, assim como um mínimo de percentual de mortalidade.
11. As complicações do esvaziamento uterino cirúrgico incluem:
 - Infecções (ex. urinárias, endometrites, salpingites);
 - Hemorragias com a possível necessidade de hemotransusão (intra ou pós-operatória);
 - Perfuração do útero;
 - Persistência de restos.

Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com a informação recebida e que compreendo os riscos do tratamento. Por tal razão e nestas condições CONSENTO que se realize o ESVAZIAMENTO UTERINO pela equipe obstétrica assistente.

Barra do Pirai, ____/____/_____, às ____ horas e ____ minutos.

PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL OU RESPONSÁVEL

MÉDICO ASSISTENTE

TESTEMUNHA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARTO CESÁREO A PEDIDO DA GESTANTE

Eu, [nome da paciente], **DECLARO** para os devidos fins **minha decisão de realizar PARTO CESÁREA**.

Declaro ter ciência de que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica. 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.

Declaro ainda ter sido informada e esclarecida que:

1. A cesárea é um procedimento cirúrgico de médio porte que consiste na incisão da parede abdominal e do útero para a retirada do feto. É chamada cesárea eletiva quando realizada antes do trabalho de parto.
2. Cesárea a pedido é aquela realizada por opção da gestante sem qualquer indicação médica.
3. Por ser uma cirurgia abdominal de médio porte é realizada com anestesia de bloqueio de condução, a raquianestesia ou bloqueio. Em caso de complicações na cirurgia que aumentem seu tempo de duração ou em cesárea em situações de emergência pode ser realizada anestesia geral.
4. São complicações mais frequentes na cesárea do que no parto vaginal:
 - histerectomia (retirada cirúrgica do útero com perda da capacidade de engravidar);
 - tromboembolismo venoso;
 - infecção;
 - reinternação materna;
 - internação materna em UTI;
 - morte materna;
 - placenta prévia em gestação futura;
 - rotura uterina em gestação futura;
 - necessidade de internação do recém-nascido em UTI neonatal (especialmente em cesáreas eletivas com menos de 39 semanas de gestação).
5. A cesárea diminui o risco das seguintes complicações quando comparada ao parto normal:
 - rotura uterina no trabalho de parto;
 - asfixia fetal durante o trabalho de parto;
 - incontinência urinária nos 3 primeiros meses após o parto;
 - lesão perineal;
 - prolapso uterino.
6. Não há nenhum benefício comprovado da cesárea a pedido para o recém-nascido.
7. A cesárea a pedido não deve ser realizada antes de 39 semanas completas de gestação.
8. A cesárea a pedido não é recomendada para mulheres que desejam ter mais de dois filhos devido ao aumento significativo de complicações após cesáreas repetidas.
9. Não há no meu caso indicação médica para a cesárea eletiva e a alternativa seria aguardar o trabalho de parto espontâneo.
10. Existem métodos eficazes para controle da dor do parto vaginal e prevenção de lacerações perineais graves.
11. No caso de uma próxima gestação, a via de parto será discutida novamente com meu obstetra e, na ausência de outras contraindicações, o parto vaginal poderá ser planejado.

Riscos e complicações potenciais individuais: _____

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com a informação recebida e que compreendo os riscos do procedimento. Por tal razão e nestas condições **CONSINTO** que se realize a **CESÁREA ELETIVA A PEDIDO DA GESTANTE** pela equipe obstétrica assistente.

Barra do Piraí, ____/____/_____, às ____ horas e ____ minutos.

PACIENTE OU REPRESENTANTE OU RESPONSÁVEL

MÉDICO ASSISTENTE

TESTEMUNHA