

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE) PARA PARTO CESÁREA**

Eu, _____,
nacionalidade _____, portadora do RG _____ e inscrita no CPF
sob nº _____, residente e domiciliada na _____
_____, cidade _____ / estado _____
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 pelo Dr (a). _____,
CRM/SC _____ que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo as mais comuns: infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea). 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.

Reconheço que poderá ocorrer retirada total ou parcial de órgãos ou estruturas, bem como a realização de exames, transfusão de hemocomponentes e demais tratamentos que se fizerem necessários durante o ato cirúrgico e pós-operatório, indispensáveis para salvaguardar sua vida. Está ciente de que todos os órgãos ou estruturas removidas no ato cirúrgico serão encaminhados para exames complementares, desde que necessário para o diagnóstico e eventualmente precisarão ser avaliados no intraoperatório por exames anatomocitopatológico por biópsia de congelação.

Declaro, também, ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do meu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantido a minha decisão de realizar parto cesárea.

Aceito realizar o procedimento

Não aceito realizar o procedimento

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Paciente Responsável

CPF do(a) responsável: _____ Grau de parentesco: _____

Paciente com acompanhante: Sim Não

Acompanhante ciente: _____ CPF (Acompanhante: _____

ESPAÇO DE PREENCHIMENTO DO MÉDICO CIRURGIÃO

Através desta consulta foi explicado ao paciente e/ou responsável os benefícios, riscos e alternativas de tratamento e a necessidade de procedimento cirúrgico. Assim, dada a oportunidade de se fazer perguntas e esclarecidas as dúvidas, tudo foi compreendido plenamente

Não foi possível a coleta deste Termo, trata-se de situação de emergência.

Assinatura do médico cirurgião