

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CONDUTA DE DOULA

GESTANTE:

Nome: _____

RG/Órgão Expedidor: _____ (_____) CPF: _____, Telefone: _____

Endereço: _____

DOULA:

Nome: _____

RG/Órgão Expedidor: _____ (_____) CPF: _____, Telefone: _____

Endereço: _____

DECLARAÇÕES GESTANTE:

Pelo presente termo, a gestante identificada no preâmbulo declara o seguinte:

- que **é seu desejo o de receber o acompanhamento da doula identificada**, durante o período de sua internação na Maternidade do Hospital Unimed Regional Jaú, incluindo as fases de pré-parto, parto e pós-parto normal imediato, anuindo expressamente com os termos aqui estabelecidos;
- que **teve a oportunidade de esclarecer todas as suas dúvidas, tendo conhecimento das Normas e Rotinas de funcionamento do Hospital Unimed Regional Jaú**, assim como das normas e rotinas da atuação da Doula no referido Estabelecimento, especialmente das regras transcritas abaixo;
- que a **indicação da Doula é de sua livre iniciativa**, reconhecendo que não há qualquer vínculo empregatício com o Hospital Unimed Regional Jaú ou com quaisquer dos profissionais que nele trabalham, caracterizando esta atividade ocupacional como prestação de serviço, sem ônus para aquele Estabelecimento.
- que a autorização dos serviços de doula está condicionada ao pagamento prévio de uma taxa de R\$ 600,00 (seiscentos reais) para custeio das despesas operacionais adicionais do Hospital, as quais não são reembolsáveis pelos planos de saúde.

DECLARAÇÕES DOULA:

Pelo presente termo, a doula identificada no preâmbulo declara o seguinte:

- ter **conhecimento das normas e rotinas de funcionamento do Hospital Unimed Regional Jaú**, das quais declara ter tido conhecimento prévio, comprometendo-se a acatá-las e respeitá-las, **atendendo**, também, as **condutas médicas, de enfermagem e dos demais membros da equipe profissional** que assistirá a gestante, nascituro e recém-nascido;
- que se compromete a **cumprir todas as normas vigentes**, e a **não interferir nas condutas e rotinas obstétricas** do Hospital Unimed Regional Jaú;
- que **não há qualquer vínculo empregatício com o Hospital Unimed Regional Jaú e/ou sua mantenedora, ou com quaisquer dos profissionais que ali trabalham**, caracterizando esta atividade ocupacional como prestação de serviços, de livre e total responsabilidade da parturiente que contratou seus serviços.;
- que **somente poderá prestar a assistência com a concordância por escrito da gestante**, e que deverá se apresentar à equipe médica ou de enfermagem de plantão, **identificando-se de forma adequada**, conforme as rotinas do Estabelecimento;

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CONDUTA DE DOULA

- que **seu ingresso na sala de parto e demais dependências dependerá do consentimento do médico obstetra da parturiente;**
- que sua atuação se restringirá à assistência emocional e psicológica à parturiente, ficando **proibida qualquer atividade e/ou conduta que interfira no atendimento médico-hospitalar durante o pré-parto, parto e pós-parto, além da prática de qualquer outro ato assistencial que possa caracterizar os atos profissionais inerentes às demais profissões – tais como: – indicar ou realizar exames, aferir pressão; avaliar a progressão do trabalho de parto; monitorar batimentos cardíacos fetais; avaliar dinâmica uterina; realizar toques vaginais; manobras; orientar quanto a procedimentos médico hospitalar; utilizar ou manusear equipamentos médicos, cirúrgicos, de monitoramento, enfermagem e/ou ministrar medicamentos;**
- que, mesmo tendo formação profissional na área de saúde, é **proibida toda e qualquer interferência na conduta médica, de enfermagem e dos demais membros da equipe profissional, que terão toda a autonomia e autoridade para tomar decisões clínicas cabíveis, em conjunto com a parturiente;**
- que, na ausência do médico assistente, a responsabilidade médica da assistência ao trabalho de parto é do médico plantonista, sendo ele o responsável pelas condutas clínicas e cirúrgicas;
- que a **entrada de objetos, instrumentos, óleos, outros líquidos e demais materiais e equipamentos dependerá de prévia autorização da equipe assistencial, devendo esses itens respeitar a legislação sanitária em vigor e serem previamente submetidos a processo de limpeza e desinfecção; tudo, sob pessoal e individual responsabilidade da doula;**
- que a **revogação da permissão para atuar como Doula nas dependências do Hospital Unimed Regional Jau pode ocorrer a qualquer tempo, sobretudo no caso de descumprimento das normas, regras, rotinas, protocolos e políticas do HURJ; na constatação de indevida interferência nas condutas médicas, de enfermagem, ou dos demais membros da equipe; e em situações que interfiram no funcionamento regular do centro obstétrico e da maternidade.**
- que, salvo autorização prévia e expressa por escrito, é **terminantemente proibida a realização de imagens dentro das dependências do Hospital Unimed Regional Jau, assim como a divulgação de dados, informações e imagens da assistência em redes sociais;**
- que a autorização de sua atuação como doula dependerá da comprovação de sua habilitação, mediante exibição de certificado profissional atualizado;
- que, **caso haja alguma intercorrência médica e/ou necessidade de intervenção cirúrgica de qualquer ordem, a autorização da sua presença poderá ser determinada imediatamente pela equipe médica obstétrica.**

Assinatura Gestante: _____

DATA: ____ / ____ / ____

Assinatura Doula: _____

DATA: ____ / ____ / ____