

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) se refere ao parto a que será submetida, e tem por finalidade esclarecer/explicar a natureza deste procedimento, suas consequências e riscos, bem como após sua compreensão de todos os termos e ciência, autorizar que seja realizado o procedimento.

Eu, _____ (nome completo),
_____ (nacionalidade), portadora do RG _____ e inscrita no CPF nº _____, residente e domiciliada em

_____ (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) _____ (Nome Completo), CRM _____ (número do registro profissional) / _____ (UF CRM) que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo os mais comuns: infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), hysterectomia (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. Como ocorrência rara na cesariana, temos ainda a possibilidade da formação de fistulas, que consistem em uma abertura entre a bexiga e o útero e que, porventura, irão demandar em tratamento cirúrgico posterior para sua correção.

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.

CESARIANA A PEDIDO - Em respeito ao princípio ético da autonomia, do qual resulta que cada pessoa é livre de tomar as decisões que achar melhor para si, dentro dos limites, ética e juridicamente aceitáveis, que são previstos nos artigos 22 e 24 do Código de Ética Médica, e na premissa, de que decisão da paciente resulta de uma deliberação informada e de uma escolha esclarecida. O princípio da autonomia requer que o médico respeite a vontade do paciente ou do seu representante, assim como seus valores morais e crenças, e pressupõe conhecimentos e informação, sendo que me foram esclarecidos todos os dados sobre os procedimentos relativos a cesariana a pedido e a opção do parto pela via vaginal, pela equipe médica e/ou meu médico e a cesárea foi por mim considerada a melhor opção, entre as alternativas relacionadas.

Declaro que esta minha decisão não foi influenciada pela POSTAL SAÚDE, por meu médico ou qualquer integrante do corpo clínico desta instituição.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o obstetra responsável e a outra, com a gestante.

_____, _____ de _____ de _____
(cidade) (dia) (mês) (ano)

Assinatura da gestante

PREENCHIMENTO MÉDICO:

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para a paciente o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas possíveis para seu parto, em face de sua situação clínica, e de seus antecedentes, bem como a importância de que as informações acima fornecidas sejam corretas e verdadeiras.

Nome: _____

Conselho: _____

De acordo.

_____, _____ de _____ de _____
(cidade) (dia) (mês) (ano)

Assinatura e carimbo do médico

Portal da POSTAL SAÚDE: www.postalsaude.com.br

Central de Atendimento 24h: 0800 888 8116

Central de Atendimento para

Deficientes Auditivos: 0800 888 8117