

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico acima identificado, ao qual será submetido. Assim em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor e Recomendação do CFM nº 01/2016, serão lhe prestadas informações claras e adequadas quanto ao procedimento a ser realizado.

Identificação Do Paciente Ou Do Responsável Legal	
Nome:	
Tipo de Documento De Identificação:	Nº:

Eu acima identificado, na condição de paciente do Centro Materno Infantil Med Imagem ou de responsável legal pelo paciente _____, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, _____ anos de idade, consinto que o Dr. _____, CRM _____ realize em mim o procedimento de CESARIANA ELETIVA.

Compreendo que uma cesariana eletiva é aquela realizada sem indicação médica, por minha opção de evitar um parto vaginal. Fui informada que por motivos legais e para evitar problemas de prematuridade para meu bebê, a cesariana eletiva deve ser realizada preferencialmente após completada a 39ª semana de gestação e depois te eu ter sido informada de maneira clara de todos os riscos associados a esta minha opção. Desta maneira fui informada e compreendi o que segue:

A cesariana é uma cirurgia, e como todos os procedimentos cirúrgicos, tem riscos. Os riscos relacionados a uma cesariana não se restringem somente à realização do procedimento em si, e podem trazer consequências danosas para eventuais futuras gestações que eu porventura vier a ter.

Para realização da cesariana terei que ser submetida a uma anestesia que será realizada por um médico anestesiológico que escolherá o método a ser utilizado (bloqueio peridural, subdural ou anestesia geral) conforme os critérios de maior segurança para mim e para meu bebê.

Uma cesariana sem justificativa médica, quando comparada com um parto normal, apresenta os seguintes riscos ou desvantagens: período de recuperação mais longo; morbidade materna três vezes maior (incluindo maior risco de parada cardiorrespiratória pós-cirurgia, hematoma de incisão, histerectomia, infecção puerperal, lesão de bexiga e ureteres, lesão de alças intestinais e complicações anestésicas). Para o bebê há um risco aumentado de problemas respiratórios (dificuldade respiratória transitória para o bebê) os quais, embora possam ocorrer em qualquer idade gestacional, têm uma incidência de 35,5 casos para cada 1.000 nascimentos por cesariana eletiva fora do trabalho de parto, o que é muito maior do que 12,2/1.000 nascimentos por cesariana realizada durante o trabalho de parto e 5,3/1.000 para nascimentos por parto vaginal.

Fui informada também que em futuras gestações que eu vier a ter, esta cesariana pode acarretar consequência indesejáveis graves que são: aumento de risco de ruptura uterina (0,5-1,0%), inserção anormal de placenta (acretismo placentário), com maior probabilidade de sangramento grave, histerectomia, choque e até morte.

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, antes que a cesariana eletiva se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto optar por uma tentativa de parto via vaginal. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realize a CESARIANA ELETIVA proposta.

Assinatura do Paciente e/ou Responsável:

Testemunhas (campo a ser preenchido na hipótese de paciente iletrado):

1. _____ CPF: _____.

2. _____ CPF: _____.

Teresina / PI, ____ de _____ de _____.

A ser preenchido pelo médico:

Identificação Do Médico		
Nome:		
CRM:	Tipo:	Nº:

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Carimbo / Assinatura do Médico:

Teresina / PI, ____ de _____ de _____.

i Recomendação do CFM nº 01/2016: "O CFM no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, CONSIDERANDO que o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados; CONSIDERANDO que as informações e os esclarecimentos do médico, na obtenção do consentimento do paciente, são fundamentais para que o processo ocorra livre de influência ou vício; CONSIDERANDO que são necessárias orientações éticas complementares sobre a obtenção do consentimento em situações especiais como emergências, recusa, possibilidade de transtornos psicológicos oriundos da informação, preexistência de transtornos mentais e riscos para a saúde pública; CONSIDERANDO o Princípio Fundamental XXI e os artigos 22, 31 e 34 do Código de Ética Médica; CONSIDERANDO que há insuficiência de orientações sobre quando obter o consentimento e sobre a forma de sua documentação; CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 21 de janeiro de 2015; RECOMENDA Art. 1º Nas decisões sobre assistência à saúde dos pacientes, os médicos devem levar em consideração o documento Consentimento Livre e Esclarecido.