

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARTO NORMAL/CESARIANA

NOME: _____

Eu, abaixo assinado, fui orientada pelo médico e autorizo a equipe assistencial do plantão do Hospital Pompéia a realizar os procedimentos que compõem a assistência ao parto e nascimento. A equipe explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos dos procedimentos e me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas esclarecidas completa e satisfatoriamente.

Entendo que o trabalho de parto é um processo natural na maioria das vezes e que o parto normal é o modo de nascimento mais comum no mundo todo, em geral associado a menor risco para a mãe sem aumentar riscos para o bebê, por outro lado, a cesariana pode ser necessária quando o trabalho de parto não evoluir corretamente ou quando passar a representar um risco para mãe ou para o bebê.

Fui informada que:

- Durante a assistência ao parto e nascimento, poderei ser submetida aos seguintes procedimentos:
- Obtenção de acesso venoso (punção venosa);
- Indução do parto ou correção das contrações uterinas com medicamentos (misoprostol e/ou ocitocina) ou rompimento da bolsa d'água;
- Monitorização dos batimentos cardíacos do bebê e das contrações uterinas com aparelhos específicos (sonar, cardiotocografia);
- Analgesia para alívio da dor com uso de medicamentos ou colocação de cateter lombar ou anestesia com punção lombar para cesariana;
- Aplicação de fórceps para completar o nascimento do bebê;
- Avaliação periódica da dilatação através de toques vaginais;
- Corte cirúrgico na vulva para o parto (episiotomia) ou no abdômen para a cesariana.

1- Durante o trabalho de parto eventualmente podem ocorrer situações que fogem ao controle absoluto do bem-estar do feto, não havendo tempo hábil para a realização da cesariana, pode ocorrer asfixia fetal ou óbito do feto. Estas situações são raras e incluem principalmente o deslocamento prematuro da placenta de forma silenciosa (sem dar sinais que esta situação está acontecendo) ou abrupta.

2- O recém-nascido poderá ser prematuro mau formado ou sofrer de alguma doença que poderá determinar sequelas e ou mesmo a sua morte no período pós-parto.

3- Existe um percentual mínimo de risco de morte materna, em decorrência do parto ou cesariana por infecção, hemorragia ou embolia por líquido amniótico ou venosa (sangue). Doenças intercorrentes da mãe. Sejam específicas ou não da gestação, poderão agravar os riscos relacionados ao nascimento, tanto para a mãe quanto para o feto. As mais comuns são: hipertensão arterial, diabetes, idade materna avançada, aids, tabagismo, uso de drogas eventual ou não, hepatites, histórico de tromboembolismo, entre outras.

4- As complicações mais comuns do parto vaginal são hemorragia e infecção. Hemorragias durante o parto ou após o mesmo por lacerações de trajeto pélvico ou por atonia uterina (falta de contrações do útero) podem levar, em situação extrema, a necessidade de retirada do útero, mesmo em mulher jovem e que deseje mais filhos. Após o parto poderá ocorrer infecção da vulva, vagina, útero e outros órgãos pélvicos,

bem como a formação de abscessos, que deverão ser tratados de forma conveniente. Poderá raramente haver a necessidade de retirada do útero para conter a progressão de uma infecção grave, mesmo em mulheres jovens que ainda desejam ter mais filhos.

5- A passagem do feto (bebê) pelo canal de parto pode determinar lesões da bexiga, reto, ânus, esfíncteres internos e externo, como também assoalho pélvico. Estas lesões podem levar a incontinência urinária (dificuldade de controlar a urina), e/ ou fecal a curto, médio ou longo prazo. Podem também causar prolapso uterino “queda” da bexiga e ou de reto (saída da bexiga, reto ou do útero pela vagina).

- Muitas vezes também ocorre um alargamento irreversível da vagina

6- Durante o processo de parto poderá ser modificada a expectativa de um parto vaginal para uma cesariana e mais raramente o contrário.

7- Se for necessário a realização da cesariana, os médicos farão uma abertura (um corte) no abdômen chamada de laparotomia para a retirada do bebê através deste corte. Desta cirurgia resultará uma cicatriz visível, que poderá ser transversal ou longitudinal, dependendo da indicação médica, sendo impossível prever o resultado estético.

8- A cesariana sempre necessita de anestesia; serei avaliada pelo anestesista e ele escolherá dentre as técnicas existentes (geral, raquianestesia ou peridural), a indicada para o meu caso

9- Estou ciente que a cirurgia implicará em riscos específicos, além dos riscos inerentes a todos os procedimentos médicos – hospitalares, tais como infecção respiratória e alérgicas, podendo ser necessário o uso de equipamentos de suporte (respiratório mecânico e outros).

10- No período pós-operatório, poderão ocorrer complicações, tais como, problemas respiratórios, circulatórios, urinários, renais, abertura da incisão (corte), aderências pós-operatórias, abscessos, entre outros, sendo que poderá ser necessário acompanhamento médico, por tempo indeterminado.

11- Existem indicações precisas quanto à necessidade de se realizar uma cesariana. As mais comuns são sofrimento fetal, desproporção entre o tamanho do feto e o canal do parto, posição anormal do feto, deslocamento prematuro da placenta, pacientes que já se submeteram duas ou mais cesarianas anteriores, ser portadora do vírus da AIDS, placentas prévias entre outras.

12- A placenta, as membranas e o cordão umbilical após o nascimento da criança são examinadas e desprezados. Em algumas situações por solicitação médica, serão enviados para exames anatomopatológicos. O feto morto também será encaminhado para fazer o exame anatomopatológico.

13- Deverei seguir todas as recomendações e prescrições médicas durante o período de internação e após a alta hospitalar, sob pena de provocar danos à minha saúde e de meu filho(a).

Por livre iniciativa autorizo que os procedimentos sejam realizados de forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergências, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento.

Esta autorização é dada ao médico abaixo, identificado, bem como aos seus assistentes e/ou outros profissionais selecionados a intervir no procedimento, e de

acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação, permito que utilizem seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realizam os procedimentos.

Certifico que este formulário me foi explicado, que li, e que estou ciente do seu conteúdo.

Data: ____/____/____

Assinatura da paciente () ou responsável (): _____

Nome do responsável: _____

(Paciente menor de idade, que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento)

Grau de parentesco: _____

RG: _____

Deve ser preenchido pelo médico:

Declaro que expliquei ao paciente e/ou responsável os riscos, benefícios e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

(nome do médico)

CRM: _____

Caxias do Sul, ____ de _____ de ____

Assinatura do médico: _____