Santa Casa
Símbolo de Qualidade

Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.180 – Sertãozinho-SP
Fone - PABX: (016) 3946-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto de 11 de novembro de 1991
CNPJ.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: administracao@santacasasertaozinho.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Termo de Analgesia

Eu, _____ (nome completo), portadora do RG _____ e CPF _____, residente e domiciliada na rua _____, cidade _____, declaro para os devidos fins minha decisão de solicitar analgesia de parto.

Declaro ter sido orientada que a analgesia farmacológica, por técnica á ser determinada pelo anestesista, propicia alívio da dor durante trabalho de parto, mas está associado o maior risco de hipotenção materna, prolongamento do trabalho de parto e do período expulsivo, com possibilidade de alteração de vitalidade fetal, maior número de partos instrumentais (fórceps e vácuo extrator) e suas complicações, maior necessidade de uso de ocitocina durante o período expulsivo, possibilidade de reduzir as percepções das reações do corpo e capacidade de locomoção e/ou movimentação durante o trabalho de parto, além do risco de reações alérgicas (até anafiláticas) e cefaleia pós-punção.

Declaro estar ciente que o melhor momento para analgesia será decidido em conjunto com o obstetra.

Declaro que me foram oferecidos meios não farmacológicos para alívio da dor, como exercícios respiratórios, exerci os na bola ou banhos no chuveiro, mas mantenho minha decisão de realização de analgesia farmacológica.

Sertãozinho, _____de _____de _____.

_____
Gestante

_____
Acompanhante

_____
Médico Obstetra (Assinatura e carimbo)