



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epiácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.000 – Sertãozinho-SP
Fone - PABX: (016) 642-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto nº 50517
CGC/MF.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: stcasa.stz@netsite.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CESARIANA ELETIVA

Eu _____;RG _____

_____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 só pode ser realizada após completada a 39ª semana de gestação e depois de 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 anesthesiologista 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 consequências 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 e 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,



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epiácio Pessoa, 1.741 - Centro - Cep-14160.000 - Sertãozinho-SP
Fone - PABX: (016) 642-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:
Municipal: Lei nº 581 - Estadual: Lei nº 1708 - Federal: Decreto nº 50517
CGC/MF.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: stcasa.stz@netsite.com.br

CONSINTO que se realize a CESARIANA ELETIVA proposta. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Sertãozinho, ____/____/____

Assinatura do(a) paciente ou do responsável pelo(a) paciente

Se o assinante for o responsável, preencher:

Nome do Responsável: _____

RG: _____ Parentesco: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro para os devidos fins e efeitos que expliquei ao paciente (ou seu responsável / representante legal) de forma clara e objetiva o diagnóstico, o prognóstico os riscos e objetivos da necessidade de internação hospitalar e procedimentos, assim como os seus benefícios e alternativas, esclarecendo suas dúvidas e deixando-o livre para decidir a respeito da internação e a realização de procedimentos. De acordo com o meu entendimento, o paciente (ou seu responsável/representante legal) está em perfeitas condições de compreender todo o conteúdo deste termo e de autorizar a internação hospitalar e a realização de procedimentos indicados.

Sertãozinho, ____/____/____

Carimbo e Assinatura do médico: _____ CRM: _____

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal. Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º- O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de