



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio 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/ME.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: stcasa.stz@netsite.com.br

DOCUMENTO 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 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 consequências indesejáveis graves que são:



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio 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/ME.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: stcasa.stz@netsite.com.br

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, **CONSINTO** que se realize a **CESARIANA ELETIVA** proposta. Confirmo 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.

Nome do paciente ou responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou responsável legal: _____

Identidade nº: Local: _____,

Data: ____/____/____, Hora: _____

Deve ser preenchido pelo médico Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____

Assinatura: CRM: _____

Local: _____,

Data: ____/____/____, Hora: _____