 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE CESARIANA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:
NOME DO MÉDICO:
CRM DO MÉDICO:

A PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

1. Este procedimento cirúrgico me foi explicado de forma clara pelo médico assistente acima identificado, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis. Pude fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude diante do diagnóstico.

2. Estou ciente de que a CESARIANA é uma intervenção cirúrgica na qual se faz a extração do bebê por via abdominal, e que sua realização se deve ao motivo de que:

3. Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimentos(s) acima especificado(s), será necessário emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.


4. Fui informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica (no local da incisão para a cesárea, na região pélvica), podendo ocorrer a formação de queloide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do médico, visto que dependem das características pessoais do organismo de cada paciente.

5. Estou ciente de que será necessária a atenção especializada do recém-nascido, que será realizada por médico pediatra.

Após o nascimento, estou ciente que é obrigação da mãe e da família cuidar para que o bebê realize a “pega do seio”, isto é, que o bebê esteja mamando corretamente, sugando o leite materno, pois tal condição é fundamental para a nutrição inicial e evitar a ocorrência de hipoglicemia neonatal, que pode desencadear doenças graves ou sequelas neurológicas irreversíveis.

Caso não ocorra corretamente a pega do seio materno, no curso da internação, a equipe médica e de enfermagem do HBB deverá ser informada disso, para adoção de providências visando a correção da nutrição neonatal; após a alta hospitalar, tal condição deverá ser comunicada ao pediatra ou a outro médico que acompanha a mãe e a criança. Além disso, deverá a mãe buscar o acompanhamento pós-parto com médico pediatra que irá prescrever os cuidados necessários para o bebê.

6. Fui esclarecida de que, além dos riscos da anestesia, poderão surgir complicações, sejam elas derivadas de problemas da própria gestação, como *hemorragia, falta de contração do útero, infecções, distúrbios da coagulação, âmnio e tromboembolias*; ou problemas derivados do procedimento, como *febre, infecções, seromas, corte de órgão, hematomas, afecções urinárias, deiscências e/ou eventrações de parede, cicatrização hipertrófica e/ou quelóides, cefaléia, distensão abdominal*. Fui informada que pode

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE CESARIANA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

ocorrer a necessidade de realização de procedimento de curetagem para retirada de eventuais restos da placenta existentes no útero após o parto.

7. Fui esclarecida que existe risco de ÓBITO da paciente e/ou do feto/recém nascido derivado do próprio procedimento cirúrgico em questão (mais raro) ou da situação vital da paciente que gerou a necessidade da cesariana (menos raro). Além disso, fui informada que em longo prazo poderão ocorrer prolapsos (descensos dos órgãos pélvicos), hérnias ou/e aderências intra-abdominais, devendo a paciente buscar orientação médica, se isso ocorrer.

8. Fui informada de que, a partir da 2º cesariana, os riscos de evento adverso ou de complicações, tais como, dentre as mais comuns, mas não exclusivas, *perda de útero, hemorragias, lesões de bexiga, fistulas, trauma contuso, lesão de alça intestinal*, são as que possuem maior probabilidade de ocorrência. Compreendo que este documento não consegue enumerar todos os problemas e riscos que podem surgir do ato médico, mas sim os mais comuns, com complementação pelos registros da literatura médica, em constante evolução.

9. Fui informada que todo procedimento cirúrgico pode ocorrer fato imprevisível ou de força maior, independentemente da técnica empregada ou da vontade dos profissionais envolvidos durante ou após o ato cirúrgico. Há risco, inclusive, de contrair infecção e de morte por sepse. Estou ciente que o ato médico em questão se trata de obrigação de meio, por isso não há garantia de resultado.

10. Estou ciente ainda de que na próxima gestação, haverá maior risco de ruptura uterina, acretismo placentário, hemorragia pós-parto como consequência desta cirurgia.

11. Se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida da paciente ou do recém nascido em risco, autorizo a adoção de todos os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis na tentativa de afastar o perigo de óbito, de acordo com o julgamento técnico-médico, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis neste hospital, podendo o médico suspender, modificar ou variar o ato médico em execução.

12. Caso seja necessário, autorizo a realização de transfusão de sangue ou de hemoderivados, bem como que qualquer tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

13. Estou ciente de que devo cumprir integralmente as orientações médicas que me foram prescritas, e de que devo buscar imediatamente atendimento médico após a alta hospitalar, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como, febre, dor e sangramento.

14. Este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, inclusive os termos técnicos utilizados. Por tudo isso, AUTORIZO o(a) médico(a) e a sua equipe a realizar o procedimento cirúrgico de CESARIANA, bem como assumo os riscos inerentes desse procedimento.


Lajeado, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável pelo Paciente
Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a): _____, CRM _____, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – UCIH
	ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Esta ficha anexa ao termo de consentimento auxilia a equipe médica e a de enfermagem a realizar o medicamento correto, na dose correta e no momento mais adequado para sua infusão antes da incisão cirúrgica.

O preenchimento é OBRIGATÓRIO para os procedimentos eletivos e possui validade como prescrição médica. A escolha do medicamento deve ser utilizada conforme a recomendação do protocolo de Antibioticoprofilaxia do Hospital Bruno Born.

IDENTIFICAÇÃO		
NOME DO PACIENTE:		
DATA DE NASCIMENTO:		
Peso (kg):		
Alergia a Penicilina/Amoxicilina/Cefalosporinas? () SIM () NÃO Em caso de alergia prévia sugere-se o uso do esquema alternativo com Clindamicina com ou sem Gentamicina associado conforme Protocolo de Antibioticoprofilaxia.		
ANTIBIÓTICO EV	DOSE	OUTRA DOSE
CEFAZOLINA (30-60min antes)	2g () 3g ()	
CEFOXITINA (30-60min antes)	2g () 3g ()	
CEFUROXIMA (30-60min antes)	1.5g ()	
GENTAMICINA (5mg/kg) (60-120 min antes)		
METRONIDAZOL (30-60min antes)	500mg ()	
CLINDAMICINA (Alérgicos a BetaLactâmicos) (60-120 min antes)	900 mg ()	
VANCOMICINA (60-120 min antes)	1g () 1.5g ()	
OUTROS:		

Adultos: Cefazolina e Cefoxitina: 2g <120kg e 3g >120kg
 Vancomicina: 1g < 90kg e 1.5g > 90kg

Assinatura e Carimbo do Cirurgião