
 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INDUÇÃO AO TRABALHO DE PARTO	
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:

Eu, na condição de paciente ou de seu responsável, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, DECLARO que:

1. AUTORIZO o médico acima identificado e demais profissionais vinculados ao seu atendimento, a realizar o procedimento de **INDUÇÃO AO TRABALHO DE PARTO**.
2. Este procedimento me foi explicado de forma clara pelo médico acima identificado, tendo sido orientado quanto a sua conveniência e indicação, aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude diante do diagnóstico atual.
3. Estou ciente de que a indução do parto consiste na utilização de medicamentos (Misoprostol e/ou Ocitocina) e/ou procedimentos (Amniotomia) para desencadear as contrações uterinas e a dilatação do colo uterino, com objetivo de iniciar o trabalho de parto.
4. Fui esclarecido que a realização da Indução do Parto se deve as circunstâncias atuais da minha gestação, em vista de que, nesse caso, a espera pelo desencadeamento espontâneo do trabalho de parto presumir um maior risco (aumento de morbidade e mortalidade para a mãe e/ou para o feto). Assim, é a Indução do Parto a alternativa que oferece menores riscos para meu futuro filho e/ou para mim.
5. Estou ciente de que a escolha dos medicamentos e/ou procedimentos para realizar a Indução do Parto será feita visando os melhores benefícios e os menores riscos para mim e meu bebê e podem, a qualquer momento, serem modificados, conforme o julgamento técnico do médico assistente.
6. Fui informada que a Indução do Trabalho de Parto é um procedimento que demanda um tempo previamente indeterminado, e que pode ser frustrada, ou seja, não ocorrer o trabalho de parto objetivado.
7. Estou ciente que a Indução do Trabalho de Parto, mesmo que obtida com sucesso, não garante a ocorrência de um parto trans-pélvico e que a qualquer momento durante a indução, podem ocorrer situações inesperadas, nas quais uma cesariana tenha que ser indicada em benefício meu ou do feto.
8. Estou ciente de que a Indução do Parto não é um procedimento isento de riscos. Fui esclarecida(o) de que podem surgir complicações, sejam elas derivadas da própria gestação (hemorragia, descolamento da placenta, infecções, distúrbios da coagulação, âmnio e tromboembolias, perda da reatividade do feto, desproporção entre o feto e a pelve materna, falta de rotação interna da cabeça fetal, mal posicionamento do feto, dificuldade de liberação do ombro fetal – distocia de ombro, fratura de clavícula, aspiração de mecônio pelo feto), ou derivadas do procedimento (falta de contrações do útero, ruptura do útero, febre, infecções), entre outras mais raras e complexas, inclusive, o risco de ÓBITO do feto/bebê.

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INDUÇÃO AO TRABALHO DE PARTO	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

9. Fui esclarecida(o) que, assim como no parto de início espontâneo, existe um risco excepcional de ÓBITO, derivado da própria gestação ou da situação vital da paciente que gerou a necessidade da Indução do Parto.

10. Iguamente, fui informada(o) de que, assim como no parto espontâneo, em curto ou longo prazo, poderão existir problemas para a mãe, tais como: *ruptura da vagina, inclusive com extensão para o ânus e/ou reto, distopias e prolapsos (descensos dos órgãos pélvicos), incontinência urinária e/ou incontinência fecal; e/ou para o seu filho, tais como: tocotraumatismos (lesões no feto provocadas pela passagem dificultada do bebê pela pelve materna), síndrome de aspiração de mecônio, encefalopatia isquêmico-hipóxica, morte neonatal.*

11. Fui esclarecida (o) de que, assim como no parto de início espontâneo, pode haver necessidade ou ser conveniente o uso de anestesia, que poderá ser local ou peridural, raquidiana ou, excepcionalmente, geral, realizadas pelo médico anestesiológico.

12. Estou ciente de que, assim como no parto de início espontâneo, pode haver a necessidade de realização de episiotomia, que é uma pequena cirurgia (corte) feito na vagina, para facilitar a saída do feto.

13. Fui esclarecida(o) que, assim como no parto de início espontâneo, pode haver a necessidade de utilização do fórcepe e/ou vácuo extrator, que são instrumentos que, colocados dentro da vagina imediatamente antes da saída do feto, têm o objetivo de extrair o feto do canal de parto, quando o mesmo não pode sair espontaneamente ou há risco para esperar que a sua saída ocorra espontaneamente.

14. 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.

15. Estou ciente que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, pelo que **não há garantia** de obtenção de cura ou do resultado esperado ou desejado. O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias podem ocorrer fatos bastante complicados e que todo procedimento, não importa qual, possui risco de ÓBITO da paciente ou do feto/recém nascido, independentemente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica não é uma ciência exata, e que por isso não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao resultado do tratamento.

16. Caso seja necessário, desde já 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.

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INDUÇÃO AO TRABALHO DE PARTO	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

17. 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, sangramento, dor, tontura, dentre outros.

18. Estou ciente que após a alta hospitalar o paciente necessita evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para realizar isso por parte do seu médico, bem como que a não observância disso poderá causar agravo à sua saúde ou comprometer o resultado do tratamento realizado.

19. Se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida da paciente em risco, estou ciente e autorizo a adoção dos procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo de vida apurado, podendo suspender, modificar ou variar o ato médico.

20. Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposta no presente termo, inclusive quanto aos procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e emergenciais, as quais serão conduzidas de acordo com o julgamento técnico do médico acima autorizado e equipe, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local.

21. Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, autorizando a realização do procedimento e assumindo os riscos inerentes ao ato.

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