 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PARTO NORMAL	
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:

1. Eu acima identificada, na condição de paciente ou de responsável legal pela paciente acima, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o médico acima identificado e demais profissionais médicos e de enfermagem vinculados ao atendimento, a realizar o procedimento de PARTO NORMAL.


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. Declaro ter sido informada que, durante o trabalho de parto, existem situações obstétricas em que pode haver necessidade de alguma intervenção, com a finalidade de preservar as condições ideais de nascimento para a mãe e o feto, tais como: *uso de substância(s) para desencadear e/ou coordenar as contrações uterinas, necessidade de analgesia e/ou anestesia locorregional, realização de amnioscopia (exame para avaliar a cor do líquido amniótico), amniotomia (rotura artificial da bolsa das águas), cardiotocografia (registro das contrações uterinas e da frequência cardíaca fetal); episiotomia (corte no períneo); procedimentos operatórios para abreviar o tempo de expulsão do bebê (fórcipe ou vácuo-extrator)*. Na ocorrência de uma das situações acima, o parto deixará de ser “normal” e será chamado de parto vaginal operatório.

4. Declaro ter sido esclarecida que o parto normal somente poderá ser convertido em cesárea se houver indicação técnica-médica, no caso de intercorrências que levam a risco de vida da mãe e/ou da criança, ou por manifestação autônoma de vontade da paciente, desde que exista condição técnica-médica favorável para a mudança, a critério do julgamento do profissional obstetra responsável pelo ato.

5. Declaro ter sido informada de que, na hipótese do procedimento de parto normal ser convertido para cesárea, ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica (no local da incisão para a cesárea, na região pélvica), podendo ocorrer a formação de quelóide (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.

6. Declaro ter ciência de que apesar de o parto normal ser considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica, existem situações em que a cesárea é recomendada para salvaguardar a mãe e/ou feto, tais como: *descolamento prematuro da placenta (quando a placenta descola antes do nascimento); placenta prévia centro total ou centro parcial (quando a placenta está localizada total ou parcialmente sobre o colo do útero, impedindo a passagem do feto); cicatriz uterina decorrente de duas ou mais cesáreas anteriores; cicatriz uterina decorrente de uma cesárea com incisão vertical sobre o útero; cicatriz uterina decorrente de incisões cirúrgicas prévias, como*

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

ocorre na retirada de miomas com preservação do útero; quando o feto se apresenta de modo anômalo (sentado ou deitado); gestações múltiplas (dois fetos ou mais), quando um ou ambos os fetos se apresenta(m) em posição anômala (sentado ou deitado); em situações clínicas (diabetes, hipertensão, hemorragias) que possam comprometer a saúde do feto e/ou da gestante; quando o estado fetal não é tranquilizador, decorrente de resultado de exame(s) sugestivo(s) de oxigenação fetal prejudicada; quando houver evidências de desproporção entre o feto e a bacia materna (incluindo iminência de ruptura do útero).

7. Fui informada de que, em curto ou longo prazo, poderão existir/surgir 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, necessidade de realização de procedimento de curetagem para retirada de eventuais restos da placenta existentes no útero, perda de sensibilidade local, cicatriz, infecção, dor; dentre outros; e 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, cuidados especiais em Unidade de Tratamento Intensivo, infecção, dor, morte neonatal, dentre outros.**

8. Fui informada e compreendi que o presente termo não consegue enumerar exaustivamente todos os riscos e problemas que podem surgir em decorrência do ato médico em questão, tanto para a paciente, como para o feto/filho, o que deve ser complementado pelos registros constantes na literatura médica, em constante evolução.

9. Fui esclarecida de que pode haver necessidade ou ser conveniente o uso de anestesia que poderá ser local ou, peridural, raquidiana ou excepcionalmente, geral, realizada pelo médico anestesista.

10. Estou ciente de que pode haver a necessidade de realização de episiotomia, que é uma pequena cirurgia (corte) feito na vagina para facilitar a saída do feto.

11. Fui esclarecida que 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.


12. 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.

13. 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

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

algumas circunstâncias podem ocorrer fatos bastante complicados e que todo procedimento, não importa qual, possui risco de ÓBITO (da paciente e/ou do recém nascido), independentemente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata, e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento.

14. 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.

15. Estou ciente de que devo cumprir integralmente as orientações médicas que me foram prescritas, e de que devo buscar imediatamente atendimento médico, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade.

16. 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 o médico suspender, modificar ou variar o ato médico em execução.

17. 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.

18. 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 parto normal 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