
	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO ESPONTÂNEO / VAGINAL / NATURAL</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

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

A PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

1. Estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o médico acima identificado e demais profissionais médicos e de enfermagem vinculados ao seu atendimento, a realizar o procedimento de ASSISTÊNCIA AO PARTO ESPONTÂNEO / VAGINAL / NATURAL.
2. Este procedimento me foi explicado e discutido previamente de forma clara pelo médico acima identificado, tendo sido orientado quanto 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, ou escolha diversa.
3. Estou ciente de que a ASSISTÊNCIA AO PARTO ESPONTÂNEO consiste na OBSERVAÇÃO e ACOMPANHAMENTO DA EVOLUÇÃO ESPONTÂNEA do trabalho de parto e do parto, e que sua realização se deve as circunstâncias atuais da gestação da paciente, em vista de que, neste caso, a espera pelo desencadeamento espontâneo do parto presumir um menor risco (menor morbidade e mortalidade para a mãe e/ou para o feto) do que a indução do trabalho de parto e/ou a cesariana programada. Assim, é a Assistência ao Parto a alternativa que, neste momento, oferece menores riscos para o futuro filho da paciente e para a própria paciente.
4. Estou ciente que de a Assistência ao Parto é um procedimento que demanda um tempo previamente indeterminado, e não garante, por si só, a ocorrência de um parto trans-pélvico, Fui esclarecida de que a qualquer momento durante o trabalho de parto, podem ocorrer situações inesperadas, nas quais uma cesariana tenha que ser indicada em benefício da paciente ou do feto, podendo este último procedimento ser indicado de urgência, a qualquer momento do trabalho de parto antes do nascimento.
5. Fui esclarecida de que o parto, em todas as suas etapas – trabalho de parto, parto e pós-parto – é um acontecimento que embora natural, possui riscos significativos tanto para a mãe como para seu bebê, e que o médico poderá intervir a qualquer tempo, com uso de medicamentos ou procedimentos, tentando alterar e corrigir um eventual curso inadequado do parto, visando sempre os maiores benefícios e menores riscos para a mãe e o feto. Diante disso, fica o médico autorizado a adotar as providências que julgar necessárias, conforme o seu conhecimento técnico.
6. Fui esclarecida de que podem surgir complicações, sejam elas derivadas da própria gestação (como hemorragia, choque, 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 –

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO ESPONTÂNEO / VAGINAL / NATURAL</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

distócia de ombro, fratura de clavícula, aspiração de mecônio pelo feto) ou derivadas do parto e/ou dos procedimentos utilizados para correção de disfunções (tais como: febre, infecções, seromas, hematomas, afecções urinárias, deiscências e/ou eventrações de parede, cicatrização hipertrófica e/ou quelóides, cefaléia, distensão abdominal, traumatismos na pelve materna, lacerações para o ânus, reto, bexiga, distopias e prolapsos - descensos dos órgãos pélvicos, incontinência urinária e/ou incontinência fecal, ingurgitamento mamário), entre outros mais raros e complexos, e que podem surgir em curto ou longo prazo.

7. Estou ciente de que, para o recém nascido, podem também ocorrer problemas com repercussões em curto e/ou longo prazo, tais como: tocotraumatismos (lesões no feto provocadas pela passagem dificultada do bebê pela pelve materna), síndrome de aspiração de mecônio, encefalopatia isquêmico-hipóxica e morte perinatal.

8. Fui esclarecida de que, embora excepcional, existe um risco de MORTE, tanto para mãe, como para o feto ou recém nascido, derivados da própria gestação ou da situação vital da mãe e/ou seu filho(a), ou de complicações surgidas durante o parto.

9. Fui informada que todo procedimento representa risco de MORTE, em maior ou menor grau, conforme prevê a literatura médica, bem como que em todo procedimento pode ocorrer fato imprevisível ou de força maior, independentemente da técnica empregada ou da vontade dos profissionais envolvidos, durante ou após o ato. Há risco, inclusive, de contrair infecção e de morte por sepse.

10. Estou ciente que o procedimento a que vou me submeter é uma obrigação de meio, pelo que serão disponibilizados todos os recursos técnicos e físicos disponíveis a fim de alcançar o resultado esperado, porém sem garantia de que este será efetivamente alcançado.


11. Fui esclarecida de que pode ser necessário ou conveniente o uso de anestesia, a qual poderá ser local ou peridural, raquidiana ou excepcionalmente, geral, realizadas pelo médico anestesiológico, o que desde já autorizo, se preciso for, conforme avaliação médica.

12. Estou ciente que se feita a anestesia existe o risco de choque anafilático, ou anafilaxia, que é considerada uma reação alérgica generalizada e aguda. Pode iniciar entre 1 e 2 horas após o contato com o alérgeno, evoluindo em minutos. Inicia com urticária, tosse, chiado, dificuldade para respirar, edema da glote, hipotensão severa e taquicardia. Se não tratada imediatamente, pode ser fatal. No caso de um choque anafilático durante uma cirurgia, estou ciente que a sala cirúrgica reúne os recursos adequados para tratar esse tipo de emergência.

13. 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. Pode ser necessária a realização de pontos, bem como o risco de ficar com cicatriz, de aspecto variável conforme o organismo de cada paciente.

14. Fui esclarecida que pode surgir 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.

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

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO ESPONTÂNEO / VAGINAL / NATURAL</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

16. Fui suficientemente orientada sobre a importância do aleitamento materno nas primeiras horas de vida, bem como da importância de conferir se o recém nascido realizou corretamente a “pega” do seio, para a sua alimentação.

17. 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.

18. 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, sangramento, tontura, dor, dentre outros.

19. Se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida da paciente em risco, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo de morte apurado, podendo a equipe médica suspender, variar ou alterar o ato realizado, conforme seu julgamento técnico e com os recursos da medicina disponíveis no local.

20. Diante do exposto, 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 autorizado e sua equipe, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realiza o ato.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, inclusive seus termos técnicos, AUTORIZANDO a realização do procedimento e assumindo os riscos inerentes dele.

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**