

 COMPLEXO HOSPITALAR SantaRosália	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CESÁREA	CAP 010
		VERSÃO: 00

Nome do Paciente:		
Nº do Atendimento:	Idade:	Data Internação:

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com a realização de CESÁREA, que consiste em destruição do endométrio para controlar sangramentos genitais anormais.

Esclareceu-me que: a cesárea é uma intervenção obstétrica que se realiza para a extração fetal por via abdominal; o fato de se indicar uma cesárea se deve às circunstâncias atuais de que um parto pressupõe um maior risco (morbidade e/ou mortalidade para a mãe ou feto aumentada) e, portanto, não existir maiores garantias para meu futuro filho e para mim; a cesárea requer anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia; a cesárea abdominal não está isenta de complicações. De forma excepcional, pode surgir: hemorragia, atonia uterina, endometrites, e mais raramente, transtornos de coagulação e infecções; seromas, hematomas, afecções urinárias, deiscência e/ou eventração pós-cirúrgica; como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente; se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de fornecer nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realize a CESÁREA SEGMENTÁRIA proposta. Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

ESPAÇO RESERVADO PARA SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG

Assinatura do médico/CRM e Carimbo

Teófilo Otoni _____ de _____ de _____