

 COMPLEXO HOSPITALAR <b>SantaRosália</b>	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA          REALIZAÇÃO DE PARTO NORMAL (VAGINAL)</b>	CAP 022
		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 PARTO NORMAL (VAGINAL).

Esclareceu-me quanto:

1. **DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PROCEDIMENTO (EM TERMOS LEIGOS E CLAROS):** o parto normal consiste em esperar que as contrações espontâneas ou induzidas do útero levem a criança a nascer por via baixa. Para nascer, às vezes, é necessário fazer um corte na vagina (episiotomia), para melhordesprendimento do feto, que será refeito após o parto (episiorrafia);
2. **DESCRIÇÃO DA ANESTESIA:** pode ser local (para episiotoma), peridural ou raqui para analgesia e excepcionalmente anestesia geral em complicações graves;
3. **DESCRIÇÃO DE COMPLICAÇÕES DO ATO OPERATÓRIO:** infecção puerperal de pontos ou pélvica, atonia do útero (o útero não contrai adequadamente), sangramento aumentado, ruptura do útero, sofrimento fetal agudo por aspiração de mecônio (líquido tipo fezes que o feto libera dentro do útero) podendo culminar com óbito fetal intra-útero ou no pós-parto imediato, risco de ruptura de vagina e às vezes atingir parte final do intestino (reto) ou bexiga;
4. **SOLUÇÃO PARA OS INSUCESSOS:** a qualquer momento que for diagnosticado pelo médico assistente sofrimento fetal e/ou complicações obstétricas, poderá ser indicada cesariana de urgência (parto via alta). Portanto a técnica cirúrgica poderá ser modificada a qualquer momento do trabalho de parto em favor da vida materna e ou fetal.
5. 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. Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendendo o alcance e riscos do tratamento sugerido. Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize o PARTO NORMAL (VAGINAL) proposto. 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 \_\_\_\_\_