



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTO NORMAL

Eu, paciente _____, nascida em ___/___/_____ portadora do documento de identidade nº _____, inscrita no CPF nº _____, idade _____ anos, telefone (____) _____, consinto que o médico Dr (a). _____, CRM nº _____ realize em mim o procedimento de assistência ao

TRABALHO DE PARTO e PARTO NORMAL. Declaro ter sido informada que:

- 1) Quanto ao tipo de parto: o nascimento pode ocorrer, na maioria das vezes por parto normal através do qual o bebê sai do útero, passa pelo canal vaginal e pela vulva atingindo a parte exterior do corpo e que existe a opção de nascimento através de cesárea (ou cesariana), que é um procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para a retirada do bebê do útero materno.
- 2) Quanto ao trabalho de parto: caracteriza-se por contrações uterinas regulares, progressivas, que podem ser dolorosas e que levam a dilatação do colo uterino associados ou não a rotura espontânea das membranas ovulares e perduram até o nascimento do bebê (tempo estimado: 12 a 18 horas. Durante todo esse tempo poderei contar com a presença de um acompanhante de minha livre escolha, inclusive no momento do parto, poderei me movimentar e escolher posições que me pareçam mais confortáveis e que poderei ingerir líquidos (de preferência soluções isotônicas) e dieta leve, salvo prescrição médica em contrário ou proximidade da realização de anestesia. Estou ciente que para avaliar a minha condição e a do bebê, a equipe médica e de enfermagem terá a necessidade de realizar avaliações periódicas do batimento cardíaco fetal (ausculta intermitente pro estetoscópio/sonar ou através de registro de cardiotocografia), da dinâmica uterina (número e características da contração uterina), coloração do líquido amniótico por amnioscopia (caso tenha dilatação e haja indicação), da dilatação do colo uterino através do toque vaginal (menos frequente no início e necessária com o avançar do trabalho de parto) além dos sinais vitais maternos (pressão arterial, pulso, frequência respiratória). Fui informada que durante o trabalho de parto, pode haver necessidade de realização de alguma intervenção, a partir da avaliação do médico obstetra, com a finalidade de preservar as condições ideais de nascimento para a mãe e o bebê, como: uso de substâncias (ocitocina) para coordenar as contrações uterinas; alívio da dor não farmacológico (massagens, técnicas de relaxamento, acupuntura, hipnose, entre outras, a depender da existência de profissional habilitado) ou farmacológico (analgesia e/ou anestesia locorregional), de indicação e responsabilidade exclusiva do médico anestesista assim como a amniotomia (rotura artificial da bolsa das águas). Estou ciente que serei esclarecida quanto a necessidade de realização destas intervenções no momento de sua realização durante o trabalho de parto. Fui informada que, em situações especiais, determinadas pela equipe de assistência, o trabalho de parto necessitará ser desencadeado artificialmente pela administração de ocitocina via endovenosa, em gotejamento contínuo ou pela administração de medicação via vaginal, ou outro método disponível, desta forma, até que se obtenha o número de contrações previstas no item 2 (trabalho de parto) poderá demandar muitas horas.
- 3) Quanto ao parto por via vaginal: durante o período expulsivo (momento em que ocorre a passagem do bebê pela vagina e sua saída pela vulva) poderá ser necessária, a realização, a critério do médico assistente, da episiotomia, que é um corte na minha vagina e vulva para ajudar na saída do bebê em casos de sofrimento, fetos prematuros, fetos avaliados como macrossômicos (acima de 4.000g) ou ameaça de laceração de terceiro grau (quando atinge o esfíncter do ânus). Estima-se que a necessidade da episiotomia gira em torno de 10 a 15% dos partos. A incidência de lacerações perineais quando não se realiza a episiotomia é de cerca de 5 a 25%, podendo ser de primeiro até terceiro grau. O médico também poderá utilizar um instrumento chamado fórceps ou vácuo-extrator, que irá ajudar no nascimento da cabeça do bebê, caso seja necessário para evitar o sofrimento fetal. O



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTO NORMAL

uso destes instrumentos pode, eventualmente, deixar "marcas" na face e crânio do recém-nascido, porém são transitórias e não causam sequelas, na quase totalidade dos casos. Os riscos mais comuns do parto normal são hemorragia, infecção, lesões da bexiga, reto, ânus, esfíncteres interno e externo, incontinência urinária (dificuldade de controlar a urina) e/ou fecal, prolapso uterino e "queda" da bexiga e ou do reto (saída da bexiga, reto ou do útero pela vagina), atonia uterina (perda de tônus muscular do útero, que não contrai após o parto), fratura da clavícula ou intercorrência/sequela pelo uso de fórcepe no bebê, sendo excepcional a ocorrência óbito. As possíveis complicações descritas a longo prazo, são discreta perda urinária involuntária que se resolve espontaneamente, na grande maioria dos casos e sensação de alargamento ou frouxidão do canal vaginal de graus variados relacionados fatores individuais como grau de elasticidade das paredes além do peso do recém-nascido.

4) Quanto a necessidade de realização de cesárea: em qualquer momento durante o trabalho de parto, poderá ser necessária a conversão em cesárea, por indicação médica, no caso de intercorrências que levam a risco de vida da mãe e/ou da criança. Neste caso, os médicos farão um corte na parede abdominal para a retirada do bebê. Esta incisão causará uma cicatriz visível que poderá ser, de forma mais comum, transversal ou raramente, longitudinal, dependendo da indicação médica decorrente dos riscos e da urgência do momento e que os resultados estéticos estarão diretamente ligados às características individuais. Outras observações: Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento. Consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Local: _____, Data: ____/____/____, Hora: _____

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

Nome: _____

CPF/ Identidade nº: _____ Grau de parentesco do responsável: _____

Assinatura paciente/responsável

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura e Carimbo médico

***(O termo deve ser rubricado em todas as folhas pela paciente).**