

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CESÁREA ELETIVA

Eu, paciente _____, nascida em ___/___/_____
portadora do documento de identidade nº _____, inscrita no CPF nº _____, idade _____ anos, telefone (____) _____, **declaro que:**

- 1) É minha decisão realizar **PARTO CESÁREA**;
- 2) Tenho ciência de que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica;
- 3) Estou ciente de que a data da cesárea será definida pelo(a) médico(a) assistente, com base nos indicativos de completa maturidade do feto, consoante a literatura médica pertinente;
- 4) Fui informada pelo Dr(a) _____ CRM/MG _____ que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe, sendo os mais comuns infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente;
- 5) Também fui informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, 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 meu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente;
- 6) Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantenho a minha decisão de realizar parto cesárea.

Uberaba, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

Nome: _____

CPF nº: _____ Grau de parentesco do responsável: _____

Assinatura paciente/responsável

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, os benefícios e os riscos do parto vaginal e da cesárea. Acredito que a paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Médico: _____ CRM: _____

Assinatura médico