

Nome do Prestador:	Etiqueta de Identificação do Paciente
---------------------------	--

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO - CESARIANA**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU DO RESPONSÁVEL LEGAL		
Nome:		
Doc. Identificação	Tipo:	Nº

Eu acima identificado, na condição de paciente do Hospital _____ ou de responsável legal pelo paciente

estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o Dr. _____, CREMERJ N° _____, seu(s) assistente(s), bem como todos os demais profissionais vinculados a assistência, credenciados por esta Instituição, a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s): cesariana.

Este(s) procedimento(s) cirúrgico(s) me foi(ram) explicado(s) de forma clara pelo médico Dr. _____, CREMERJ _____, 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 diante da natureza da patologia diagnosticada.

Estou ciente de que a cesariana é uma intervenção cirúrgica na qual se faz a extração do bebê por via abdominal, e que sua realização se deve a _____.

Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimentos(s) acima especificado(s) será necessário emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.

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

Fui esclarecida(o) de que, além dos riscos da anestesia, poderão surgir complicações, sejam elas derivadas de problemas da própria gestação, como hemorragia, falta de contração do útero, infecções, distúrbios da coagulação, âmnio e tromboembolias; ou derivadas do próprio procedimento, como febre, infecções, seromas, hematomas, afecções urinárias, deiscências e/ou eventrações de parede, cicatrização hipertrófica e/ou quelóides, cefaléia, distensão abdominal. Além disso, fui esclarecida de que, como em todo o procedimento cirúrgico, existe um risco excepcional de morte, derivado do próprio procedimento (mais raro) ou da situação vital da paciente que gerou a necessidade da cesariana (menos raro), e que, em longo prazo, poderão existir prolapsos (descensos dos órgãos pélvicos), hérnias, e aderências intra-abdominais.

Estou ciente ainda de que na próxima gestação, haverá maior risco de ruptura uterina, acretismo placentário, hemorragia pós-parto como consequência desta cirurgia.

Estou ciente ainda que, consoante disposição legal expressa, do Código de Ética Médica, é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento/tratamento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Assim, se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida do paciente em risco, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo de vida apurado.

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 acima autorizado e equipe, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, AUTORIZANDO a realização do procedimento.

_____, ____ de _____ de _____ às _____ horas e _____ minutos.

Assinatura do paciente ou responsável	Assinatura do Médico responsável
Testemunhas	
Nome e RG.	Nome e RG