

FORMULÁRIO
TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CESARIANA
HOSPITAL OURO BRANCO

INT: 005

Revisão:001
Data: 13/12/2022

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____ Quarto / Leito: _____ /
Data de Nascimento _____ Convênio: _____
Sexo: _____ Atendimento: _____
Nome da Mãe: _____ Prontuário: _____
Idade: _____

TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CESARIANA

Eu _____ portador do RG: _____ e CPF: _____
declaro que optei ou fui orientada em realizar o procedimento cirúrgico de Cesária, com o Obstetra:
Nome Obstetra: _____, CRM: _____ /

Sabendo que o parto vaginal é considerado a melhor via de parto em condições normais da gestação. Declaro estar ciente de que a data da Cesária será definida pelo médico obstetra com base na maturidade do feto, consoante a literatura médica pertinente. Declaro ainda ter sido informada pelo obstetra, que a Cesária representa, em condições normais, maior risco para a mãe sendo as mais comuns infecções, hemorragia, atonia uterina, histerectomia, chance de desconforto respiratório e como toda intervenção cirúrgica, existe risco exponencial de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico. Declaro também ter sido informada que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de Queloides ou ainda cicatrização hipertrófica, que independem da habilidade do meu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente. Declaro por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantenho a minha decisão de realizar parto Cesária.

Teutônia:

Assinatura Gestante

Assinatura Obstetra

Assinatura Responsável:

Assinatura, CPF

Assinatura, CPF