

A paciente _____,

Data Nascimento: ___/___/___ ou Responsável _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido, que autoriza o(a) médico(a) assistente, o Dr.(a) _____ inscrito no CRM/ES sob o n.º _____ credenciado pelo Hospital Rio Doce, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar **Parto Normal ou Cesariana**, todos que o incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES:

PARTO NORMAL: pode durar até 18 horas na primeira gestação. A dilatação evolui em geral com a velocidade de 1 a 1,5cm por hora. No transcorrer do trabalho de parto, pode ocasionalmente ser necessária ou indicada cesariana de acordo com a sua evolução. Pode ser realizado analgesia peridural para diminuir as dores da dilatação (conforme solicitação da paciente ou indicação médica).

O procedimento de **Episiotomia/Perineotomia** (corte no períneo como forma de prevenir laceração de esfíncter anal), será executado, exclusivamente, nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mãe e do bebê. A parturiente deve estar ciente e informada sobre a realização do mesmo, como também, deve ser registrado em Prontuário a execução do procedimento.

Estima-se que a necessidade da Episiotomia/Perineotomia gira em torno de 10-15% dos partos. A incidência de lacerações perineais quando não se realiza a episiotomia/perineotomia é de cerca de 5-25% podendo ser de primeiro (apenas pele) até terceiro (laceração de esfíncter anal) graus que pode causar perda espontânea de fezes (incontinência fecal).

Pode-se indicar o uso do **Fórcipe ou Vácuo-extrator** (quando houver), principalmente se houver estafa materna ou sofrimento fetal no final do trabalho de parto. O 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.

TRABALHO DE PARTO: caracteriza-se por contrações uterinas regulares, progressivas, que podem ser dolorosas e que levam a dilatação do colo uterino, associadas ou não a rotura espontânea da bolsa amniótica e perduram até o nascimento do bebê. Durante todo esse tempo a paciente poderá contar com a presença de um acompanhante de livre escolha da mesma, inclusive no momento do parto. Poderá a mesma se movimentar e escolher posições mais confortáveis, ingerir líquidos (de preferência soluções isotônicas) e dieta leve, salvo prescrição médica em contrário ou proximidade da realização de anestesia.

A paciente fica ciente que para avaliar a sua condição clínica e a do bebê, a equipe médica e de enfermagem terá a necessidade de realizar avaliações periódicas do batimento cardíaco fetal, da dinâmica uterina (número e características das contrações uterinas), coloração do líquido amniótico por amnioscopia (caso tenha dilatação e haja indicação), da dilatação do colo uterino através de toque vaginal (menos frequentes no início e mais necessário 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(a) médico(a) obstetra, com a finalidade de preservar as condições ideais de nascimento para mãe e o bebê, como: uso de substâncias (ocitocina) para coordenar as contrações uterinas; maturação do colo uterino (misoprostol); alívio da dor não farmacológico (massagens, técnicas de relaxamento, 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 amniótica).

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 realização de intervenção cirúrgica (Cesariana).**

PARTO CIRÚRGICO (CESARIANA): é realizada através de incisão (corte) no abdômen inferior, sob anestesia (geral, raqueanestesia ou peridural), havendo pequenas variações da técnica, com duração estimada de 30-60 minutos. Geralmente indicada durante o trabalho de parto, onde o parto transcorreria sem sucesso, porém pode ser indicada com antecedência, visto as intercorrências possíveis de acontecer no final da gestação ou por desejo da paciente, se gestação acima de 39 semanas ou antes se indicação médica.

PÓS-OPERATÓRIO E COMPLICAÇÕES:

PARTO NORMAL: pode ocorrer dor perineal ou hematoma pela episiotomia/perineotomia. Pode haver crise hemorroidária pelo esforço durante o trabalho de parto. A alta hospitalar ocorre após 24-48 horas podendo se estender de acordo com a situação clínica da paciente. O sangramento é comum por até 20 dias após o nascimento, podendo se estender até 40 dias. **COMPLICAÇÕES:** risco anestésico, hemorragia, infecções perineais, infecção do trato urinário, deiscência de sutura, atonia uterina com necessidade de histerectomia em raros casos.

PARTO CIRÚRGICO (CESARIANA): as primeiras 24 horas após o procedimento são mais dolorosas, sendo necessário o uso de medicações mais potentes para dor e em geral endovenosas. Após essas 24 horas, o quadro doloroso regride bastante e a alta hospitalar ocorre após 24-48 horas podendo se estender de acordo com a situação clínica da paciente. O sangramento é comum por até 20 dias após o nascimento, podendo se estender até 40 dias. **COMPLICAÇÕES:** risco anestésico (cefaleia pela anestesia), hemorragia durante o procedimento, infecções da ferida operatória, lesão e infecção do trato urinário, atonia uterina com necessidade de histerectomia em raros casos.

DESTINO DA PEÇA OPERATÓRIA: a placenta, o cordão e partes fetais (bolsa das águas) poderão ser enviadas para o laboratório de anatomia patológica ou patologia clínica se houver indicação de avaliações adicionais a serem julgadas e indicadas pelo médico assistente.

A COLETADA DE MATERIAL PARA PRESERVAR CÉLULAS TRONCO não é um serviço oferecido pelo Hospital Rio Doce, mas pode ser realizado por clínicas terceirizadas, tanto no parto normal quanto no parto cirúrgico.

***INFECÇÃO HOSPITALAR:** A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito e que são:

- 1. Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
- 2. Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
- 3. Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária;
- 4. Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico).

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro o TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO para mim, quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Entendi e concordo voluntariamente sobre o que é necessário eu fazer para que tenha o resultado pretendido.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização da cirurgia, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas. Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Linhares (ES), ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) paciente _____ CPF: _____._____._____-____

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____ CPF: _____._____._____-____

Deve ser preenchido pelo Médico Assistente:

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 benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de **EMERGÊNCIA**.

Nome do médico _____

Assinatura _____ CRM _____