

 JUNTOS SOMOS+	TCLE PARTO CESÁREA	CÓDIGO: FO.DT.042
		ELABORAÇÃO: 20/05/2025
		REVISÃO: 20/05/2027
		PÁGINA: 1 de 2

Paciente:	
Data de nascimento:	Prontuário:
Nome da mãe:	

Declaro para os devidos fins estou de acordo com a realização de PARTO CESÁREO conforme indicação médica.

Declaro ter ciência de que o parto normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação conforme descrito pela literatura médica.

Declaro ainda ter sido informada pelo Dr(a). _____, CRM/MG _____ da indicação da cesariana _____ e que a mesma representa, em condições normais, riscos para a mãe e o bebê, 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) e ainda de que, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

Declaro estar ciente da necessidade de procedimento anestésico para a realização da cesárea, o que envolve riscos inerentes ao procedimento, inclusive em situações excepcionais poderão ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros. Declaro ter sido 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, que não são estéticas e, independem da habilidade do meu médico, visto que dependem das características pessoais de cada paciente.

Declaro estar ciente de que a indicação da cesárea será definida pelo (a) médico (a) assistente, de acordo com a literatura médica, visando o bem-estar da mãe e do feto.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e estou de acordo com a realização do procedimento

TERMO DE REVOGAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)	
Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de REVOGAR este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.	
() Paciente () Responsável Grau de Parentesco: _____	
Nome: _____	CPF: _____
Assinatura: _____	Data: ____/____/____
_____/____/____	Horário: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL	
Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.	
Médico: _____	
Assinatura: _____	CRM-MG: _____
Data: ____/____/____	Horário: _____
() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima. () Não foi possível a coleta deste Termo de consentimento Informado, por tratar-se de EMERGÊNCIA.	

1ª Testemunha

Nome: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

CPF: _____

INFORMAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA QUE DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA AO HOSPITAL

- Todos os documentos pessoais.
- Exames realizados.
- Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou guia do plano de saúde autorizada;
- Avaliação Pré-anestésica;
- Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.

ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- Caso faça uso de medicamentos, comunicar ao médico assistente todos os de uso contínuo para serem avaliados e se necessário suspensos antes da cirurgia, em especial antiagregantes ou anticoagulantes.
- Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muita pouca água;
- Diabético, NÃO TOMAR os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros;
- Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.
- Em caso de febre ou mal-estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- A remoção dos pelos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.

CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS

- É muito importante a conscientização e, se possível, a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do HEMOMINAS.
- Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação.
- Qualquer dúvida, pergunte ao seu médico.
- Para mais informações e doações, entre em contato com a Unidade do Hemominas de São Sebastião do

São Sebastião do Paraíso - MG _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente ou responsável

CPF: _____