

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

Declaro para os devidos fins que estou de acordo a internação para realização de PARTO NORMAL. Declaro ter sido informada pelo médico que, durante o trabalho de parto, existem situações obstétricas em que pode haver necessidade de alguma intervenção, com a finalidade de preservar as condições ideais de nascimento para a mãe e o feto, como:

- Uso de substância (s) para desencadear e/ou coordenar as contrações uterinas;
- Necessidade de analgesia e/ou anestesia locorregional;
- Realização de amnioscopia (exame para avaliar a cor do líquido amniótico);
- Amniotomia (rotura artificial da bolsa das águas);
- Cardiotocografia (registro das contrações uterinas e da frequência cardíaca fetal);
- Episiotomia (corte no períneo);
- Procedimentos operatórios para abreviar o tempo de expulsão do bebê (fórceps ou vácuo-extrator). Neste caso, o parto deixará de ser normal e será chamado de parto vaginal operatório.

Declaro ter sido esclarecida que, em qualquer momento durante o trabalho de parto, o mesmo poderá ser convertido em cesárea, por indicação médica, no caso de intercorrências que levam a risco de vida da mãe e/ou da criança.

Declaro ter ciência de que apesar de o parto normal ser considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica, existem situações em que a cesárea é recomendada para salvaguardar a mãe e/ou feto, como:

- Descolamento prematuro da placenta (quando a placenta descola antes do nascimento);
- Placenta prévia centro total ou centro parcial (quando a placenta está localizada total ou parcialmente sobre o colo do útero, impedindo a passagem do feto);
- Cicatriz uterina decorrente de duas ou mais cesáreas anteriores;
- Cicatriz uterina decorrente de uma cesárea com incisão vertical sobre o útero; - cicatriz uterina decorrente de incisões cirúrgicas prévias, como ocorre na retirada de miomas com preservação do útero;
- Quando o feto se apresenta de modo anômalo (sentado ou deitado);
- Gestações múltiplas (dois fetos ou mais), quando um ou ambos os fetos se apresenta (m) em posição anômala (sentado ou deitado);
- Em situações clínicas (diabetes, hipertensão, hemorragias) que possam comprometer a saúde do feto e/ou da gestante;
- Quando o estado fetal não é tranquilizador, decorrente de resultado de exame (s) sugestivo (s) de oxigenação fetal prejudicada.
- Quando houver evidências de desproporção entre o feto e a bacia materna (incluindo iminência de ruptura do útero)

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente em três vias de igual teor e forma.

TERMO DE REVOGAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)

Confirme 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 satisfeita (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.

TESTEMUNHAS**1ª Testemunha**

Nome: _____ Nome: _____ Assinatura: _____ Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

INFORMAÇÃO	PRÉ-CIRÚRGICA	QUE	DEVERÁ	SER	DISPONIBILIZADA	AO	HOSPITAL
		• Todos os documentos pessoais.					

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.
- Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

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 Paraíso.



JUNTOS
SOMOS+

TCLE PARTO NORMAL

CÓDIGO: FO.DT.083

ELABORAÇÃO: 14/01/2026

REVISÃO: 14/01/2028

PÁGINA: 3 de 3

São Sebastião do Paraíso - MG _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente ou responsável

CPF: _____