

 <b>JUNTOS SOMOS+</b>	<b>TCLE PARTO NORMAL</b>	CÓDIGO: FO.DT.083
		ELABORAÇÃO: 14/01/2026
		REVISÃO: 14/01/2028
		PÁGINA: 1 de 3

<b>Paciente:</b>	
<b>Data de nascimento:</b>	<b>Prontuário:</b>
<b>Nome da mãe:</b>	

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 (fórcipe 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.

<b>TERMO DE REVOGAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)</b>	
Confirmando 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.

**TESTEMUNHAS****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.
- 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.

São Sebastião do Paraíso - MG \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

CPF: \_\_\_\_\_