

Eu \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. nº de identidade \_\_\_\_\_, órgão expedidor/Estado: \_\_\_\_\_, paciente / responsável (grau de parentesco) \_\_\_\_\_ declaro que:

Fui informada pelo (a) médico (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram o (s) seguinte (s) diagnóstico (s) de indicação de parto cesárea:

- Desproporção Céfalo-pélvica
- Apresentação pélvica ou transversa
- Iteratividade (2 ou mais cesáreas anteriores)
- Descolamento prematuro da placenta
- Distócia funcional ou de Trajeto
- Sofrimento Fetal ( Alteração do Doppler fetal  Alteração da Cardiotocografia)
- Mecônio  Bradicardia Fetal  Outro \_\_\_\_\_)
- Prolapso do cordão umbilical
- Obstrução do Trato Genital Materno (ex: por grandes condilomas/verrugas);
- Placenta prévia (PP) centro-total ou centro-parcial
- Vasa prévia
- Placenta acreta
- Distensão segmentar (Anel de Bandl) /ruptura uterina
- Gestação múltipla ( gemelar,  trigemelar,  quadrigemelar)
- Malformação fetal ( Gêmeos Unidos  Cardíaca ou grandes vasos  SNC  Gastrointestinal
- Esquelética  Pulmonar  Outra \_\_\_\_\_)
- Patologia materna com indicação de cesárea ( Pré-eclâmpsia grave  Eclâmpsia  HELLP
- Cetoacidose  Cardiopatia  Sepse  Soropositivo para HIV  Lesões ativas de Herpes Genital
- Outra \_\_\_\_\_)
- Necessidade de Interrupção da Gestação por alguma condição/complicação obstétrica (ex: pós-datismo, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, etc.) e impossibilidade de indução do parto.

Declaro que recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informada sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da (s) enfermidade (s) diagnosticada (s).

Declaro ainda ter sido informada pelo(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, CRM/MT nº \_\_\_\_\_, que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe 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, maior dificuldade na amamentação; afecções urinárias (lesão de bexiga, infecção), lesão de intestino; e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

Declaro, também, 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 cicatrizaçãõ hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do meu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente.

Declaro estar ciente da possibilidade de dor aumento da sensibilidade e/ou dormência na região da cicatriz ou próximo a ela além de dor pélvica crônica;

Estou ciente de que para realizar o (s) procedimento (s) acima especificado (s) será necessário o emprego de anestesia que será administrada pelo anestesiológico. Compreendo e aceito que a administração de anestésicos pode causar complicações, ainda que isto seja pouco frequente.

Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude singular de cada evento de acordo com o julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Estou ciente de que o exercício da medicina é uma atividade de meio e não de fim, portanto, nem sempre será possível obter um resultado ideal pois a principal intenção é a preservação da vida;

Esta autorização é dada ao (a) médico (a) supracitado bem como ao (s) seu (s) assistente (s) e/ou outro (s) profissional (is) por ele selecionado (s) a intervir no (s) procedimento (s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação;

Declaro por fim que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao (s) procedimento (s) e após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, **AUTORIZO** o médico a dar continuidade e proceder com a realização da cesariana.

Cuiabá-MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Deve ser preenchido pelo Responsável:

Nome \_\_\_\_\_

Identidade Nº \_\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Cuiabá-MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Deve ser preenchido pelo médico:

Declaro que explique à paciente e/ou responsável todos os procedimentos que envolvem o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, a paciente ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

MÉDICO ASSISTENTE:

Dr. (a) \_\_\_\_\_

CRM-MT nº \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Cuiabá-MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_