

Eu, _____, data de nascimento _____, profissão _____ portadora do RG nº _____ e inscrita no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliada na _____, localizado no bairro _____ na cidade _____ no estado de _____, com CEP nº _____ e telefone nº _____.

Declaro para os devidos fins **minha decisão de realizar PARTO CESÁREA.**

Declaro ter ciência de que, o Manual de Assistência ao Parto da FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia), que recomenda que a CESARIANA por pedido materno somente seja feita com no **mínimo 39 semanas** de Idade Gestacional e jamais devido à ausência de meios eficazes para alívio da dor do trabalho de parto; e não deve ser realizada em mulheres que desejam ter vários filhos pelo risco comprovado de placenta prévia e acretismo placentário em pacientes com cesarianas múltiplas;

Declaro estar ciente de que a data da cesárea será definida pelo (a) médico (a) com base nos indicativos de completa maturidade do feto, consoante a literatura médica pertinente.

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 queloide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização 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;

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 (a) 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 oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantive a minha decisão de realizar PARTO CESÁREA.

Deve ser preenchido pelo Responsável:

Nome _____

Identidade Nº _____ Grau de parentesco _____

Assinatura _____

Cuiabá-MT, ____ de _____ de _____

Deve ser preenchido pelo médico assistente:

Declaro que expliquei à paciente e/ou responsável todos os procedimentos que envolvem o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, sobre 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 _____

Assinatura da Paciente: _____