

CESARIANA POR ESCOLHA
PLAMHAG - REGISTRO ANS N° 32394-2.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o(a) paciente _____ ou seu Responsável Sr.(a) _____, portador da CI nº _____, inscrito no CPF sob o nº _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM-___ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**CESARIANA**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, prestou-me informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

Princípios e Indicações: é realizada através de incisão (corte) no abdome inferior, sob anestesia (geral, raquianestesia ou peridural), havendo pequenas variações da técnica, com duração de 30 a 60 minutos. Geralmente indicada durante o trabalho de parto, onde o parto transcorreria sem sucesso, porém pode ser indicada com antecedência, visto as intercorrências possíveis de acontecer no final da gestação.

Esclareceu-me que:

1. A cesariana é uma intervenção obstétrica na qual se faz a extração fetal por via abdominal.
2. O fato de se interromper a minha gravidez por cesariana é uma opção minha, apesar de ter sido orientada que poderia ser realizada a tentativa de parto vaginal.
3. A cesariana necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia da instituição.
4. A assistência especializada ao recém-nascido também se faz necessária.
5. A cesariana abdominal não está isenta de complicações. De forma excepcional, pode surgir intercorrências e complicações do parto (são elas: hemorragia, atonia uterina, endometrites, transtornos de coagulação e infecções); e outras complicações decorrentes da intervenção cirúrgica (febres, infecção da ferida, seromas, hematomas, afecções urinárias, deiscência e/ou eventração pós-cirúrgica).
6. A frequência das complicações é maior nas mulheres submetidas o parto cesariana que naquelas submetidas a parto vaginal.
7. Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.
8. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

Infecção hospitalar

A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infection Surveillance - Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. **Cirurgias limpas** - 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** - 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** - 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. **Cirurgias infectadas** - 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Assim declaro agora que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Por tal razão e nestas condições, consinto que se realize a interrupção da minha gestação por "**Cesariana por escolha**". Reservo-me expressamente o direito de revogar, a qualquer momento, meu consentimento antes que o objeto deste desejo se realize, devendo para isso determinar equipe médica que continue a prestar a devida assistência médica ao meu trabalho de parto.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns **RISCOS E COMPLICAÇÕES** deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Ponte Nova (Minas Gerais) _____ de _____ de _____.

Assinatura da gestante

Nome _____

RG _____

Assinatura do(a) resp. pela gestante

Nome _____

RG _____

Parentesco _____

Assinatura do(a) médico(a)

CRM _____

Nome _____

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: / / e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado. Local e data:

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável