Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Parto Cesárea

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DA PARTURIENTE OU DO RESPONSÁVEL LEGAL** |
| **Nome:** |
|  |
| **RG nº:** | **CPF nº:** |

Eu, acima identificada, declaro para os devidos fins que, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM/AM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, seus assistentes, bem como todos os demais profissionais vinculados à minha assistência, a **realizar PARTO CESÁREA**.

Declaro ter ciência de que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica.

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

Declaro ainda ter sido informada pelo médico assistente 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 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, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantido a minha decisão de realizar o meu parto através de cirurgia cesárea. Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o obstetra responsável e a outra, com a gestante.

Manaus, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Assinatura do paciente ou responsável** | **Assinatura do Médico responsável** |
| **Assinaturas das Testemunhas** |
|  |  |
| **Nome:** | **Nome:**  |
| **RG:** | **RG:** |