



Preencher quando não houver etiqueta	
Nome:	
Data Nasc:	
Cód:	Leito:
Conv:	Médico:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO – CESÁREA SEGMENTADA

DECLARANTE

Nome:Idade:.....anos
 Endereço:
 Tel () :
 Identidade n.º:.....Órgão Expedidor:.....
 Data de emissão:...../...../.....
 OBS.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente.

PACIENTE

Nome:Idade:.....anos
 Endereço:.....
 Tel () :
 Identidade n.º:.....Órgão Expedidor: :
 Data de emissão:...../...../.....

Declaro que o médico,

Nome: CRM n.º:
 Instituição: Hospital Aliança
 Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de
 ser conveniente e indicado proceder CESÁREA SEGMENTÁRIA em minha pessoa ou no paciente supra mencionado.

Esclareceu-me que,

1. A cesárea é uma intervenção obstétrica que se leva a cabo para a extração fetal por via abdominal.
2. O fato de se indicar uma cesárea se deve as circunstâncias atuais de que um parto pressupõe um maior risco (morbidade e/ou mortalidade para a mãe ou feto aumentada) e, portanto, não existir maiores garantias para meu futuro filho e para mim.
3. A cesárea requer anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia.
4. A cesárea abdominal não está isenta de complicações. De forma excepcional, pode surgir: hemorragia, atonia uterina, endometrites, e mais raramente, transtornos de coagulação e infecções; seromas, hematomas, afecções urinárias, deiscência e/ou eventração pós-cirúrgica).
5. Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.
6. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições, consinto que se realize a CESÁREA SEGMENTÁRIA proposta.

Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Data de emissão:...../...../.....
 Médico:
 Paciente ou Representante ou Responsável:.....
 TESTEMUNHAS:.....

REVOGAÇÃO

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

Médico:

Paciente ou Representante ou Responsável:.....

Data de emissão:...../...../.....

Nome Legível:.....

Grau de Parentesco:.....

Identidade nº:.....

Salvador, de 20..... Hora:

Assinatura:.....

Não foi possível a coleta deste Termo de Ciência e Consentimento, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Salvador, de 20..... Hora:

Nome:..... Ass:..... Matrícula:.....

Nome:..... Ass:..... Matrícula:.....