

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – TCI

Parto cesárea

Paciente:					Prontuário:				
DN:	/		/	RG:		Órgão expedidor:		UF:	

1. Fui informado pelo(a) médico(a) Dr., _____, CRM/DF nº _____, de que as avaliações e exames realizados revelaram o diagnóstico:

- ☐ Parto gemelar
☐ Prolapso de cordão
☐ Descolamento prematuro da placenta
☐ Placenta prévia parcial ou total
☐ Falha na indução
☐ Outros: _____

e, portanto foi indicado e serei submetido ao parto CESÁREA - procedimento cirúrgico (operação) para a extração do feto (nascimento do bebê) por via abdominal através da realização de um corte acima da púbis da mãe.

2. Fui informado de que a cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos.

3. Fui informado de que em consequência desta operação ou procedimento poderei precisar dos seguintes dispositivos ou estomas:

- ☐ Sonda Vesical de Demora ☐ Cateter Venoso periférico ☐ Outros: _____

4. A realização de qualquer procedimento cirúrgico pode ocasionar complicações, seja de causa conhecida ou não esperadas, inerentes aos procedimentos e suas intercorrências. Essas condições podem ocorrer mesmo que todos os cuidados sejam tomados, com profissionais experientes e técnica adequada utilizada, mas que tudo será feito para impedir o seu aparecimento. Estou ciente de que não é possível descrever **TODAS** as complicações e/ou riscos que podem acontecer nesse tratamento, mas que fui informado pelo(a) médico(a) cirurgião responsável ou outro(a) membro da sua equipe os principais riscos e complicações das operações:

- Hemorragia, Lesão em vasos sanguíneos, evoluindo com sangramento aumentado e queda da pressão; com a possibilidade de necessitar de transfusão de sangue ou outros derivados e que serei esclarecido em outro termo para Transfusão de Hemocomponentes e Hemoderivados para Cirurgias.
- Lesão de órgãos próximos ao útero (bexiga, ureteres, intestino, tubas uterinas, ovários);
- Necessidade de retirada de trompa uterina ou ovários;
- Pouca ou nenhuma contração do útero após o nascimento da criança, cursando com sangramento aumentado e levando à necessidade de retirada cirúrgica do útero ou de parte do útero, impossibilitando outra gravidez;
- Infecção do local da cirurgia e/ou infecção em todo o corpo (generalizada);
- Trombose ou diminuição de circulação em locais do corpo: trombos nas pernas que podem se deslocar para o pulmão ocasionando dificuldades respiratórias, parada respiratória, convulsões ou derrame cerebral,
- Necessidade de internação prolongada, incluindo possibilidade de internação em UTI.
- Reações alérgicas, alteração do funcionamento dos rins e intestino, entre outros;
- Alteração da consciência e comportamento;
- Febre, enjoo, vômito, dor no corpo, dificuldade para urinar, inchaços, falta de ar, palpitações, necessidade de nova cirurgia (reoperação)
- Muito raramente há complicações severas como respiração por máquina, estado de coma e morte.

5. 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) ou ainda cicatrização hipertrófica (grossa), que independem da habilidade do médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente.

6. Assim, para o tratamento dessas complicações, autorizo todas as medidas que forem necessárias, indicadas pelo (a) médico(a) ou outro(a) médico(a) da equipe, incluindo nova internação, tratamento em unidade de terapia intensiva (UTI) e transferência para outros setores de internação do HUB ou para outros hospitais.

7. Fui informada que como complicação para o recém-nascido há chance de dificuldade para respirar, lesões decorrentes de dificuldade para retirada do recém-nascido e necessidade de internação em UTI neonatal com possíveis complicações decorrentes desta internação.

8. Fui informado ainda que serei submetido a anestesia e quanto aos procedimentos anestésicos serei informado em outro termo para Anestesia.

9. Fui informado que o HUB é um hospital de ensino e pesquisa, portanto os alunos participam do atendimento, do tratamento e das operações. Porém é proibido submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes.



10. Fui informado que poderão ser necessários registros fotográficos ou vídeos para documentar ou auxiliar na execução do tratamento e que esses somente serão usados com a finalidade terapêutica, após sua autorização.

11. Declaro e confirmo que em consulta prévia com o cirurgião respondi a verdade em todas as perguntas que me foram feitas, que informei **todos** os medicamentos, substâncias químicas e drogas ilícitas que estou utilizando e **todos** os medicamentos que não posso utilizar ou alergias a qualquer coisa.

12. Declaro e confirmo que foi permitido que eu fizesse todas as perguntas e observações necessárias para entender o que poderá ocorrer comigo por causa do tratamento proposto.

13. Eu estou de acordo e assino abaixo esse documento, de espontânea vontade, para receber os tratamentos e demais procedimentos necessários a que serei submetido no HUB.

14. Autorizo, ao (à) médico(a) acima identificado(a) ou a outro(a) médico(a) de sua equipe a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, usando os recursos conhecidos na atualidade da assistência à saúde e que estejam disponíveis no HUB.

15. Este termo pode ser revogado (possibilidade de recusar ou desistir dessa operação proposta) a qualquer momento com manifestação escrita pelo paciente ou responsável legal. E assumo as consequências causadas pela recusa dessa cirurgia proposta. Principais consequências descritas: Morte materna, Morte fetal, Sequelas físicas e neurológicas na mãe, Sequelas físicas e neurológicas no RN, Outros: _____

Confirmação e declaração do paciente ou responsável:

Brasília, ____ de ____ de ____ .

Brasília, ____ de ____ de ____ .

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável legal ou testemunha
em caso de paciente analfabeto.

Preencher se a assinatura for do responsável legal:

Nome do responsável:

Grau de parentesco:

CPF:

Confirmação e declaração do(a) médico(a):

☐ Declaro ter fornecido todas as informações necessárias ao claro entendimento do procedimento proposto ao paciente e considerei o responsável pela assinatura desse TCI suficientemente capaz para compreender o que lhe foi esclarecido.

Brasília, ____ de ____ de ____ .

Assinatura e carimbo do(a) médico(a).

☐ Declaro que não houve possibilidade para o esclarecimento amplo do procedimento proposto por se tratar de situação de emergência com risco de morte devido ao estado clínico do paciente.

Brasília, ____ de ____ de ____ .

Assinatura e carimbo do(a) médico(a).

Revogação (recusa) do paciente ou responsável:

Eu, _____ revogo a autorização dada neste termo e assumo as consequências causadas pela recusa dessa cirurgia proposta.

Brasília, ____ de ____ de ____ .

Assinatura do paciente ou responsável legal