

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE CESARIANA –
INDICAÇÃO MÉDICA**

Paciente: _____ Data de Nascimento: __/__/__

CPF: _____ RG: _____

Declaro que fui devidamente informada sobre a necessidade de realização de PARTO CESÁRIO (CESARIANA), por indicação médica, em razão das condições clínicas apresentadas, e AUTORIZO a sua realização.

Declaro que recebi esclarecimentos de que a cesariana, embora indicada no meu caso, apresenta, em geral, maiores riscos para a mãe quando comparada ao parto vaginal, sendo os mais comuns: infecção, hemorragia, atonia uterina (ausência de contração do útero após o parto), necessidade de histerectomia (retirada cirúrgica do útero), possibilidade de transfusão sanguínea e infecção da ferida operatória.

Fui informada de que o procedimento será realizado sob anestesia (raquidiana, peridural ou geral, conforme avaliação médica), a qual possui riscos próprios, incluindo, mas não se limitando a: reações alérgicas, queda de pressão arterial, cefaleia pós-anestésica, náuseas e vômitos, dificuldade respiratória, complicações neurológicas e, em casos raros, eventos graves.

Estou ciente de que, durante ou após o procedimento, poderá ser necessária a administração de sangue e/ou hemoderivados, em razão de intercorrências como hemorragias, sendo tal medida indicada para preservação da vida e da saúde, estando também ciente dos riscos inerentes a esse tipo de procedimento.

Fui igualmente informada de que, para o recém-nascido, pode haver maior risco de desconforto respiratório, bem como de que, como em qualquer procedimento cirúrgico, existe risco, ainda que raro, de complicações graves, inclusive óbito, decorrentes do ato cirúrgico ou das condições clínicas maternas.

Declaro, ainda, ter sido esclarecida de que haverá formação de cicatriz decorrente do procedimento cirúrgico, podendo ocorrer quelóide ou cicatriz hipertrófica, condições relacionadas às características individuais do organismo, independentes da atuação médica.

Estou ciente de que não há garantia absoluta quanto aos resultados do procedimento, embora sejam empregados todos os recursos, técnicas, medicamentos e equipamentos disponíveis e adequados, visando ao melhor desfecho possível.

Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas de forma satisfatória, e que consinto, de maneira livre e voluntária, na realização do procedimento.

Guanhães/MG, ____/____/____.

Assinatura Paciente/Responsável

Assinatura Médico (nome + CRM)

