	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	<b>Preencher quando não houver etiqueta</b>	
	<b>PARTO CESARIANO</b>	Paciente:	
		Data de Nascimento:	
	Prontuário:		

### Descrição do Procedimento / Objetivos / Riscos e Benefícios


**O QUE É UM PARTO CESÁREA?** A cesárea ou parto cesariano é uma intervenção cirúrgica realizada para retirar o feto quando há algum fator que coloca em risco a saúde da mulher, do bebê ou de ambos. Pode ainda ser feita caso seja este o desejo da mulher, mas neste caso somente poderá ser realizada ao se completar 39 semanas de gestação, numa gestação de risco habitual, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.144/2006.

**POR QUE EU SEREI SUBMETIDA A UM PARTO CESARIANO?** O parto espontâneo via vaginal deveria ser sempre a primeira opção por trazer mais benefícios e vantagens para a mãe e o feto. Mas existem situações onde a cesariana é bem indicada e segura. As principais indicações de parto cesariana são, por exemplo: mãe evoluindo com complicações de alto risco relacionadas a diabetes, hipertensão ou hemorragias; desproporção entre o canal de parto e tamanho do bebê; trabalho de parto parado por falha no processo natural; caso seja identificado placenta prévia (placenta se posiciona na frente do canal do parto) ou quando a placenta se descola antes do nascimento do bebê; se o feto estiver em posição de risco para parto normal (deitado ou sentado por exemplo); parto de risco com dois ou mais fetos (gemelares); situações onde o feto apresente sinais de sofrimento, indicando redução da oxigenação cerebral; quando o cordão umbilical sai antes do bebê; ou quando houver risco de transmissão de doenças para o feto durante o trabalho de parto normal. Há ainda a cesariana realizada por vontade da própria paciente.

**QUAIS AS VANTAGENS DE UM PARTO CESARIANO?** Quando bem indicada, a cesariana pode ajudar a salvar a vida da mãe ou do bebê. O processo ocorre com menos dor durante o parto.

**QUAIS OS RISCOS E DESCONFORTOS DE UM PARTO CESARIANO?** Além da cicatriz, pode ocorrer dor mais intensa no pós-parto e maior risco de infecção no local da cirurgia (cerca de 1 a 3% dos casos); maior risco de hemorragia e necessidade de transfusão de sangue; maior chance de aderências; lesões de outros órgãos, como bexiga; maior risco de tromboembolismo (sangue coagulado de uma veia que se desloca de seu local de formação e migra para um dos pulmões); maior dificuldade para amamentar; maior tempo de internação hospitalar e um maior risco de nova cesárea em gestação futura. O risco de óbito da mãe ou do feto durante o procedimento é muito baixo. O bebê tem um risco um pouco maior de ter dificuldade respiratória ao nascer.

**E SE ALGO NÃO CORRER COMO O ESPERADO?** Neste caso, concordo e autorizo meu médico a realizar, durante minha internação, todos os atos necessários para preservar minha vida, inclusive transfusão de sangue e hemocomponentes, modificar a técnica cirúrgica definida, para o melhor resultado da minha cirurgia.

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente: _____	
	<b>PARTO CESARIANO</b>	Data de Nascimento: _____	_____
		Prontuário: _____	_____

**DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL**

Diante do exposto, declaro que li e entendi os riscos e benefícios referentes ao procedimento, tendo a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de explicação, poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento proposto, sem qualquer penalização ou prejuízo do meu cuidado.

( ) PACIENTE            ( ) RESPONSÁVEL – Neste caso, preencher grau de parentesco.

Nome Legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_

Aracaju \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO**

Declaro que esclareci todas as dúvidas pertinentes ao paciente e/ou responsável legal e fiquei à disposição para responder perguntas. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável legal está em condições de compreender o tratamento proposto.

Assinatura e carimbo do profissional: \_\_\_\_\_

Aracaju \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**CONSENTIMENTO NÃO OBTIDO: Emergência e Urgência**

Devido ao quadro clínico grave do paciente, em urgência ou risco iminente de morte, não foi possível fornecer ao mesmo ou ao seu responsável as informações necessárias para a obtenção deste consentimento informado. Assim, baseado no melhor julgamento clínico e respaldado pelas melhores práticas médicas, realizei e registrei em prontuário o motivo da necessidade do procedimento em caráter emergencial e os procedimentos necessários e adequados para melhorar a situação clínica do paciente.

Assinatura e carimbo do profissional: \_\_\_\_\_

Aracaju \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_