

	TERMO DE RESPONSABILIDADE	Código do Documento
		FORM.DT.019
	ATUAÇÃO EM DOULAGEM NA CLÍNICA SANTA HELENA	Especialidade
		Direção Técnica

Eu, _____

cadastrada nesta instituição na função de DOULA, venho por meio deste documento:

Declarar ter recebido cópia do Regimento Interno para Atuação de Doulas na CSH, e que estou de acordo com o mesmo, me responsabilizando a cumprir todas as determinações do regimento.

Declarar que exercerei minhas funções, dentro dos limites especificados no capítulo V do Regimento e que não posso exercer funções que me são vedadas conforme capítulo VI do mesmo Regimento que recebo.

Declarar que assumo plena responsabilidade ética e cível sobre minhas condutas durante o período de doulagem, inclusive, caso a conduta específica da minha atuação venha a causar dano a algum paciente, ao patrimônio ou a funcionários da instituição. Entendo que as infrações ao regimento serão analisadas por comissão conforme consta no Regimento que recebi.

Declarar que entendo que não estou habilitada para escrever ou manipular prontuário médico nesta instituição.

Declarar que fui informada e concordo que para toda gestante a ser acompanhada, existe a obrigatoriedade de solicitar autorização prévia ao paciente, com a responsabilidade de entregar o TCLE para doulas assinado na minha chegada na recepção.

Declaro que estou ciente de que na sala cirúrgica o número máximo de acompanhantes são três, contando com a doula. Os outros dois incluem o acompanhante escolhido pela paciente e o outro poderia ser apenas profissional de saúde (médico ou enfermeiro) convidado pela família e devidamente cadastrado previamente no SAME que estarão como acompanhantes caso presentes.

Aracaju, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura da Doula