

 <p>CLÍNICA SANTA HELENA *****</p>	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	Preencher quando não houver etiqueta
	ACOMPANHAMENTO DE PARTO POR ENFERMEIRO OBSTÉTRICO EM EQUIPE DE PARTO	Nome da paciente: _____

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
<p>Refere-se à formalização de autorização por parte do paciente e/ou seu responsável para que uma ENFERMEIRA OBSTÉTRICA previamente cadastrada na CSH possa acompanhar a paciente durante o período de parto.</p> <p>Ressaltamos que o enfermeiro obstétrico não está autorizado a realizar registros de imagem e/ou vídeos, durante sua atuação na clínica, bem como registro em prontuário, que ficará a cargo do médico responsável pela equipe.</p> <p>A confidencialidade de todos os procedimentos realizados é responsabilidade e dever dos profissionais envolvidos na área da saúde, a fim de resguardar as informações de seus pacientes.</p>

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL
<p>Autorizo a ENFERMEIRA OBSTÉTRICA:</p> <p>_____</p> <p>a acompanhar todo o período periparto, conforme é permitido em suas competências legais, conforme Lei Federal 7.498 de 25 de junho de 1986 e a Resolução COFEN 516/2016 e 524/2016, que versa sobre os atos permitidos por enfermeiros dentro do contexto do parto normal.</p> <p>Compreendo que por uma questão de espaço físico e normas da instituição, apenas o período de tempo em que estarei na SRPA (sala de recuperação pós-anestésica), não poderei estar com nenhum acompanhante, doula ou enfermeiro obstétrico.</p> <p>() PACIENTE () RESPONSÁVEL – Neste caso, preencher grau de parentesco.</p> <p>Nome Legível: _____</p> <p>Assinatura: _____</p> <p style="text-align: right;">Aracaju, ____/____/____</p>