

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, _____ (nome completo), _____ (nacionalidade), portadora do RG _____ e inscrita no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliada na _____, _____ (cidade) / _____

(estado), declaro para os devidos fins **minha decisão de realizar PARTO CESÁRIO.**

Declaro ter ciência de que o parto normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação conforme descrito pela literatura médica.

Declaro ainda ter sido informada pelo Dr(a). _____, CRM/SP _____ que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe e o bebê, sendo os mais comuns infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea) e ainda de que, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

Declaro estar ciente da necessidade de procedimento anestésico para a realização da cesárea, o que envolve riscos inerentes ao procedimento, inclusive em situações excepcionais poderão ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.

Declaro 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, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica, que não são estéticas e, independem da habilidade do meu médico, visto que dependem das características pessoais de cada paciente.

Declaro estar ciente de que a data da cesárea será definida pelo(a) médico(a) assistente, de acordo com a literatura médica, devendo ocorrer entre 39 semanas e 40 semanas e 6 dias, visando a completa maturidade do feto.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantido minha decisão de realizar parto cesárea.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o obstetra responsável e a outra, com a gestante.

Cidade, ____ de _____ de _____

Assinatura da gestante

Assinatura do obstetra

(nome, assinatura e RG da testemunha)

(nome, assinatura e RG da testemunha)