



## Termo – AST

### Termo de Consentimento Informado – Cesárea



( ) Cesária a pedido

( ) Cesárea em decorrência de urgência/emergência pelo motivo (justificado pelo médico assistente/plantonista):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, \_\_\_\_\_(estado civil), identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, ou meu responsável legal, Sr(a). \_\_\_\_\_, identidade nº \_\_\_\_\_, dou plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM sob o número \_\_\_\_\_ para executar o procedimento designado “CESARIANA” e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declaro, igualmente, que o referido médico me apresentou o método alternativo PARTO NORMAL, e em comum acordo optamos pelo tratamento anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre os procedimentos a serem adotados no procedimento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem;

Declaro que entendi que a CESARIANA é realizada através de incisão (corte) na região inferior da barriga, sob anestesia (geral, raquianestesia ou peridural), havendo pequenas variações da técnica e tem uma duração média de 30 a 60 minutos. É indicada durante o trabalho de parto normal, quando o mesmo transcorre sem sucesso ou com antecedência devido à intercorrências possíveis de acontecer no final da gestação. Pode ser realizada ainda atendendo a minha solicitação expressa.

Entendi que o pós-operatório pode ocorrer dor na barriga, que é mais forte nas primeiras 24 horas após o procedimento, regredindo progressivamente após. Entendi que as complicações possíveis são risco de alergia a anestesia, dor de cabeça pela anestesia, sangramento durante o procedimento, infecção da ferida operatória, lesão e infecção de órgãos como bexiga e os ureteres, a ruptura do corte no útero, a possibilidade de cicatrização com formação de quelóide (cicatriz alta e grossa), prematuridade, traumatismos na extração uterina da criança.

A alta hospitalar ocorre geralmente após 24 a 48 horas de acordo com a evolução clínica e a avaliação médica. O sangramento é comum por até 20 dias após o nascimento, podendo se estender até 40 dias.

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, os quais entendi perfeitamente e aceitei, comprometendo-me a respeitar integralmente as orientações



**Termo – AST**  
**Termo de Consentimento Informado – Cesárea**



fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que minha não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a mim (ou ao paciente).

Declaro ter entendido que o procedimento proposto não é isento de riscos e existem algumas intercorrências que podem obrigar o(a)médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas estando ciente de que minha não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a mim (ou ao paciente).

Declaro que fui informado (a) que o parto acontecerá a partir da 39ª semana de gestação, período que inicia no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Que antes desta data, só será realizado o parto cesárea caso o profissional médico identifique situação de risco, urgência/emergência. (Art.2º - Resolução CFM nº 2.144/2016)

Finalmente, declaro ter sido atendida em minhas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceitado as explicações sobre os mais comuns dos RISCOS e COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresso meu pleno consentimento para sua realização.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do solicitante

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico