Anchieta Taguatinga
KoraSaúde

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CESÁREA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Paciente:_____

Data de Nascimento: _____/_____/_____

Eu, _____, na qualidade de ( ) Paciente ou ( ) Responsável Legal da Paciente _____, após ter sido devidamente informado(a) pelo Dr(a). _____, CRM _____, sobre a condição clínica que motiva a indicação para a realização de uma cesárea de urgência/emergência, declaro ter compreendido as informações recebidas relativas à natureza, finalidade, benefícios, riscos, possíveis complicações e alternativas a este procedimento cirúrgico.

1. Natureza e Objetivo do Procedimento:

Fui informado(a) de que a cesárea de urgência/emergência é uma intervenção cirúrgica realizada com o intuito de realizar o parto através de incisões no abdômen e no útero, em situações em que a saúde da mãe e/ou do bebê está em risco iminente, e que não há tempo suficiente para esperar pelo parto vaginal ou qualquer alternativa.

2. Benefícios Esperados:

O principal benefício esperado deste procedimento é a redução do risco de complicações ou morte para a mãe e/ou para o bebê.

3. Riscos e Possíveis Complicações:

Estou ciente dos riscos e possíveis complicações que podem surgir durante ou após a realização da cesárea de urgência/emergência, incluindo, mas não se limitando à infecção, hemorragia, reações à anestesia, trombose, lesões a órgãos internos e complicações na cicatrização, além dos riscos adicionais decorrentes da urgência da situação.

4. Alternativas ao Procedimento:

Compreendo que, dada a natureza emergencial da situação, as alternativas ao procedimento proposto foram consideradas inviáveis ou insuficientes para garantir a segurança da mãe e/ou do bebê.

5. Consentimento para Anestesia:

Reconheço que o procedimento será realizado sob anestesia, cujo tipo será determinado pela equipe médica com base na urgência da situação e no estado clínico da paciente, estando ciente dos riscos e benefícios associados.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CESÁREA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

6. Direito de Recusar o Tratamento:
Entendo que, em circunstâncias normais, teria o direito de recusar o tratamento, mas reconheço a gravidade e a urgência da situação atual que limita essa possibilidade.

7. Consentimento para Procedimentos Adicionais:
Autorizo a realização de procedimentos adicionais que sejam considerados necessários e urgentes durante a cirurgia, visando o bem-estar da mãe e/ou do bebê.

Por meio deste, confirmo que as informações foram explicadas de forma clara e compreensível, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e que consinto voluntariamente com a realização da cesárea de urgência/emergência.

Brasília/DF, ____ de _____ de _____, hora:_____.

_____
Assinatura do paciente/Responsável Legal

_____
Carimbo e assinatura do médico