

IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE

Nome: _____
RG: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____

DECLARAÇÃO DA PACIENTE

Eu, acima identificada como paciente, declaro para os devidos fins minha decisão livre e voluntariamente de realizar PARTO CESARIANO.

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

Declaro estar ciente de que a data da cesárea será definida pelo (a) médico (a) assistente, com base nos indicativos de completa maturidade do feto, consoante a literatura médica pertinente.

Declaro ainda ter sido amplamente informada pelo (a) Dr (a). _____ CRM nº _____ que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo os mais comuns: infecções, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

Declaro, também, 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 (espessa), que independem da habilidade no meu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente.

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

Por estarem de pleno acordo com o teor do presente termo, assinam abaixo o mesmo.

Fortaleza - CE em _____ de _____ de 20 ____ .

ASSINATURAS

Paciente:

Médico(a) Assistente:

Assinatura RG_____
Assinatura CRM

Testemunha 1:

Testemunha 2:

Nome: _____ RG: _____

Nome: _____ RG: _____