

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA A REALIZAÇÃO CESARIANA

1. Diagnóstico e/ou descrição da situação clínica

- *Gravidez (idade gestacional), (principais diagnósticos que justificam a realização de cesariana).*

2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

- *A cesariana é cirurgia que consiste na abertura da parede do abdómen e do útero para extração do feto.*

3. Benefícios

- *Via de parto considerada mais segura para a gestação em curso.*

4. Riscos graves e riscos frequentes

- *Complicações hemorrágicas (9,9%); a hemorragia uterina grave, que ocorre em 2,1% dos casos, pode justificar em 0,16% das situações a realização de histerectomia (remoção do útero); a realização de histerectomia impede uma gravidez no futuro.*
- *Infeção (1,1%);*
- *Lesão órgão abdominal (bexiga, ureteres, intestino) (risco <1% para 1ª-3ª cesariana e de 1-5% para a 4ª - 6ª cesarianas);*
- *Risco trombótico (0,02%);*
- *Embolia do líquido amniótico (1.9-6.1 por cada 100000 partos);*
- *Risco de internamento em unidade de cuidados intensivos (0,3%);*
- *Risco de morte (0,025%);*
- *Risco de rotura uterina em gravidez futura (0,5%) ou anomalia da placentação em gravidez futura (variando de 1,3% se 1 cesariana no passado a 29,8% se 5 cesarianas no passado);*
- *Número de dias internamento (3 dias) mas a retoma das atividades diárias pode ser somente possível após as 4 semanas do pós-parto.*

O presente consentimento não inclui as complicações associadas à anestesia realizada.

5. Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas

- **Não aplicável.**

6. Riscos de não tratamento

- *A não realização de cesariana quando indicada pode condicionar morbilidade ou mortalidade do bebé.*

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: _____

Assinatura, número de cédula profissional: _____

Unidade de Saúde: _____

Contato institucional do profissional de saúde: _____

Data: ____/____/____

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Confirmando que li com atenção todo o conteúdo da folha informativa sobre _____ constituído por ____ páginas. Esta folha informativa foi-me entregue a ____/____/____ pelo profissional de saúde _____ e o tempo de reflexão foi de ____ dias. Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas. Tomei conhecimento de que o meu consentimento é revogável a todo o tempo

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

Nome: _____

Assinatura: _____

Doc. identificação n.º _____ Data ou validade: ____/____/____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

(NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE)