

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INDUÇÃO DO PARTO NORMAL

É um imperativo ético informar ao paciente sobre os procedimentos assistenciais dos quais participará, bem como considerar as suas escolhas relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a fim de manter a autonomia do serviço e do médico para definir modelos assistenciais, desde que adequados ao caso e cientificamente reconhecidos, em reavaliações sucessivas do quadro clínico e com manutenção do foco o foco na segurança do paciente e do conceito.

Como também é um imperativo ético obter a autorização do paciente, expressa no Termo de Consentimento Informado, que ora se apresenta para a assistência a ser prestada, após lhe ser apresentado como o profissional que o assistirá realiza o procedimento descrito abaixo. É facultado ao paciente não aceitar o modelo de assistência preconizado, bem como encaminhar-se a outro serviço, salvo em situações de emergência, em que a preservação da vida se sobrepõe.

IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL

NOME: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____ CIC: _____ RG: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (Representante Legal)

NOME: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____ CIC: _____ RG: _____

DECLARO que o médico _____ CRM _____
na instituição _____ informou-me, tendo em vista o diagnóstico de _____, ser conveniente e indicado proceder a INDUÇÃO DO PARTO (em minha pessoa ou na paciente supramencionada).

Esclareceu-me que:

1. A indução do parto consiste em provocar o término de gestação por indução do trabalho de parto com vigilância da frequência cardíaca fetal.
2. O procedimento de indução pode ser realizado de diferentes formas, a depender das características de cada caso, ficando a juízo do médico a indicação e seleção do método empregado, que poderá ser individual ou combinado. Os métodos são:
 - a) Rompimento da bolsa amniótica;
 - b) Administração intracervical (por via vaginal) de gel de prostaglandinas, utilizado para melhorar as condições do colo uterino;
 - c) Administração intravenosa de ocitocina por gotejamento. Este procedimento pode ser realizado diretamente ou após o emprego dos métodos anteriores;
 - d) Administração de prostaglandinas vaginal em doses elevadas, que só se emprega para a indução de fetos mortos.
3. Associado a qualquer indução se segue a assistência ao trabalho de parto e o parto vaginal (em anexo estão os consentimentos próprios para estes procedimentos).
4. Apesar da indução de partos ser amplamente utilizada e seus riscos não serem elevados, não se pode considerar que os diferentes procedimentos não possam condicionar complicações na mãe ou no feto, sendo as mais importantes:
 - a) Infecção materna ou fetal, cujo risco aumenta, principalmente, a partir das 24 horas da rotura da bolsa amniótica;

- b) Aparecimento de um sofrimento fetal agudo, por diminuição do aporte de oxigênio ao feto durante as contrações uterinas, não sendo seu risco maior que aquele do parto não induzido;
- c) Fracasso na indução;
- d) Rotura uterina, complicação infrequente, cujo risco aumenta quando se administra ocitocina ou prostaglandinas ou que supõe um grave risco para a vida da mãe ou do feto.
- e) Prolapso de cordão, complicação rara que pode ocorrer após rotura da bolsa amniótica e que põe em grave perigo a vida fetal, não sendo sua incidência maior que no parto não induzido.
- f) O aparecimento de algumas destas complicações obriga, habitualmente, a realização de uma cesárea abdominal para salvaguardar a vida da mãe e do filho.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, de modo que esclareceram todas as dúvidas que me ocorreram.

Assim, declaro, agora, que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Por tal razão e nestas condições, consinto que se realize **a interrupção da minha gestação por Indução do parto**. Reservo-me expressamente o direito de revogar, a qualquer momento, meu consentimento antes que o objeto deste desejo se realize, devendo para isso determinar equipe médica que continue a prestar a devida assistência médica ao meu trabalho de parto.

Local _____ Data: _____

Médico

Paciente/representante legal

Testemunha 1

Testemunha 2

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: _____

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável