



Preencher quando não houver etiqueta

Paciente:

Data:

Registro:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Parto

Eu, _____ (nome completo),
_____ (nacionalidade), portadora do RG _____, inscrita no CPF/MF sob o
n.º _____, residente e domiciliada na
_____, _____ (cidade),

_____ (estado), declaro para os devidos fins minha decisão de realizar **PARTO
CESÁREA.**

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 pertinente.

Declaro ter sido informada pelo Dr. (a) _____ CRM/PR _____ que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo as mais comuns: infecções, hemorragia, a possibilidade de transfusão de sangue e infecção na cicatriz operatória (corte da cesárea), entre outros riscos que podem acometer o útero.

Declaro ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação e queiloide (cicatriz alta com forma de cordão podendo gerar irritação no local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do meu médico, uma vez 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 cesárea.

Maringá, ____ de _____ de _____.

Assinatura da Gestante

Assinatura do Obstetra

(Nome assinatura e RG da testemunha)

(Nome assinatura e RG da testemunha)