

**TERMO DE
CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO – CESARIANA**

Identificadores Institucionais

Nome: _____

Same: _____

(preencher se não estiver com etiqueta)

AUTORIZO o

Dr. _____ CRM _____, seu(s)

assistente(s), bem como todos os demais profissionais vinculados a assistência, credenciados por esta instituição, a realizar o(s) seguintes procedimento(s) cirúrgico(s): **CESARIANA**.

Este(s) procedimento(s) cirúrgico(s) me foi(ram) explicado(s) de forma clara pelo médico tendo sido orientado quanto a seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos benefícios e/ ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude diante da natureza da patologia diagnosticada.

Estou ciente que a cesariana é uma internação cirúrgica na qual se faz a extração do bebê por via abdominal.

Estou ciente de que, para realizar o procedimento(s) acima especificado(s) será necessário emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.

Fui esclarecida(o) de que, além dos riscos da anestesia, poderão surgir complicações, sejam elas de problemas da própria gestação, como hemorragia falta de contração do útero, infecções, distúrbios da coagulação, âmnio e tromboembolias, ou derivadas do próprio procedimento, como febre, infecções, seromas, hematomas, afecções urinárias, deiscências e/ou queloides, cefaleia distensão abdominal. Além disso, fui esclarecida de que, como em todo o procedimento cirúrgico, existe um risco excepcional de morte, derivado do próprio procedimento (mais raro) ou da situação vital da paciente que gerou a necessidade da cesariana (menos rara), e que, em longo prazo poderão existir prolapso (descensos dos órgãos pélvicos). Hérnias, e aderências intra-abdominais.

Estou ciente ainda de que na própria gestação, haverá maior risco de ruptura uterina, acretismo placentário, hemorragia pós-parto como consequência desta cirurgia.

Estou ciente ainda que, consoante disposição legal expressa, do Código de Ética Médica, é vedado ao Médico efetuar qualquer procedimento/ tratamento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo a vida.

Assim, se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida do paciente em risco, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo de vida apurado.

Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposta no presente termo, inclusive quanto aos procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e emergenciais, as quais serão conduzidas de acordo com o julgamento técnico do médico acima autorizado e equipe, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos da medicina dissonáveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Certifico que este termo me foi explicado e que li, ou que foi lido pra mim e que entendi o seu conteúdo AUTORIZANDO a realização do procedimento.

DATA: ____/____/____

Assinatura do Paciente/ Responsável legal


RG

PELO MÉDICO: Atesto que expliquei todo procedimento e ou operação a que o paciente acima referido está sujeito, a(o) próprio(a) paciente e/ou seu responsável, informado sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. Entendo que o paciente e/ou seu responsável compreendeu o que lhes foi informado.

*Termo preparado com fundamento no art. 59 do Código de Ética Médica e disposições da Lei 8.078/90 – Código de Defesa do Consumidor.

Assinatura e carimbo do Médico

**M
A
T
E
R
N
I
D
A
D
E**

<div><div><div>HOSPITAL</div><div>SANTA JOANA RECIFE</div><div>SUA SAÚDE EM BOAS MÃOS</div></div></div>	<div>FICHA DE ADMISSÃO OBSTÉTRICA</div>	<div>Identificadores Institucionais:</div> <div>Nome: _____</div> <div>Same: _____</div> <div>(preencher se não estiver com etiqueta)</div>
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ h MÉDICO(A) ASSISTENTE: _____ FONE: _____		
<div>ANAMNESE. ALERGIAS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (_____)</div> <div>_____</div> <div>_____</div>		
<div>ANTECEDENTES PESSOAIS E PATOLÓGICOS: H.A.S Diabetes Coronariopatia A.V.C Pré-eclâmpia</div> <div>Outros: _____</div>		
<div>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E GINECOLÓGICOS: GESTA____ PARA____ AB____ (____PN,____PC)</div> <div>IDADE GESTANTE: D.U.M:____ USG:____ (____TRIMESTRE)</div>		
<div>ANTECEDENTES FAMILIARES: : <input type="checkbox"/> H.A.S <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Coronariopatia <input type="checkbox"/> A.V.C <input type="checkbox"/> Pré-eclâmpia</div> <div>Outros: _____</div>		
MEDICAMENTOS EM USO: _____		
<div>EXAMES COMPLEMENTARES (PREENCHER CASO EXISTENTE)</div> <div>_____</div> <div>_____</div>		
<div>EXAME GERAL:</div> <div>PULSO:____ bpm P.A:____X____mmhg TEMP:____ °C EDEMAS DE MMII: <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> PRESENTE (____+)</div> <div>A.C.V: _____</div> <div>A.R: _____</div> <div>OUTROS: _____</div>		
<div>EXAME OBSTÉTRICO:</div> <div>A.F.U:____ cm B.C.F:____ bpm TÔNUS UTERINO: <input type="checkbox"/> FISIOLÓGICO <input type="checkbox"/> AUMENTADO</div> <div>DINÂMICA UTERINA: <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> PRESENTE (____contr/____seg/____min)</div> <div>HEMORRAGIAS: <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> PRESENTE SITUAÇÃO: <input type="checkbox"/> LONGITUDINAL <input type="checkbox"/> TRANSVERSAL</div> <div>POSIÇÃO: <input type="checkbox"/> DIREITA <input type="checkbox"/> ESQUERDA APRESENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> CEFÁLICO <input type="checkbox"/> PÉLVICO <input type="checkbox"/> CÓRMICO</div> <div>TOQUE VAGINAL: <input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO <input type="checkbox"/> REALIZADO (DILATAÇÃO:____cm/ APAGAMENTO____%)</div> <div>POSIÇÃO DO COLO: _____ BOLSA: <input type="checkbox"/> ÍNTEGRA <input type="checkbox"/> ROTA____h LÍQUIDO: <input type="checkbox"/> CLARO <input type="checkbox"/> MECÔNIO (____+)</div> <div>ESPECULAR: <input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO <input type="checkbox"/> REALIZADO _____</div> <div>TRANSTORNOS VISUAIS: <input type="checkbox"/> AUSENTES <input type="checkbox"/> PRESENTES</div>		
DADOS DE INTERESSE: _____		
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____		
<div>CONDUTA/ PLANO TERAPÊUTICO</div> <div>1. Dieta: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica</div> <div>2. Antibioticoterapia: <input type="checkbox"/> Profilático <input type="checkbox"/> Terapêutico <input type="checkbox"/> Não se aplica</div> <div>3. Fisioterapia: <input type="checkbox"/> Motora <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Não se aplica</div> <div>4. Fonoterapia: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</div> <div>5. Psicologia: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</div> <div>6. Previsão de tempo de Internamento: _____ dias.</div> <div>7. Resultados Esperados: _____</div> <div>8. Exames Solicitados: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica</div>		

MÉDICO(A) – ASSINATURA E CARIMBO

Evolução Médica

Identificadores Institucionais:

Nome: _____

Same: _____

(preencher se não estiver com etiqueta)

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Médico (a) – Assinatura e Carimbo

Obs: Favor data e hora em todas as evoluções.

	Sumário de Alta	Identificadores Institucionais: Nome: _____ Same: _____ (preencher se não estiver com etiqueta)		
DATA DA ALTA:				
MOTIVO DA ADMISSÃO:				
DIAGNÓSTICO(S) ATUAL(IS)				
Comorbidades:				
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Quais: _____				
ACHADOS CLÍNICOS RELEVANTES				
PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS (RESULTADOS COM O PACIENTE)				
CONDIÇÕES DO PACIENTE NA SAÍDA/DESTINO				
<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Transferência do cuidado				
PLANEJAMENTO DE ALTA				
Entregue receita de medicamentos : <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Medicamentos a serem tomados em casa (Reconciliação medicamentosa na alta): <input type="checkbox"/> Não se aplica				
Medicamentos	Dose	Via	Frequência	Período
Retornar ao consultório em _____ dias.				
Atenção: Em caso de emergência, comunique-se com seu médico(a) ou dirija-se ao serviço de emergência do Hospital Santa Joana, trazendo consigo esta via.				

Médico (a) /Dentista – Assinatura e Carimbo