

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CESARIANA

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ Nº CRM: \_\_\_\_\_

## Qualificação do Paciente:

Nome: \_\_\_\_\_

Nascido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CPF.: \_\_\_\_\_

## Qualificação do Responsável Legal: (Na hipótese de paciente menor de idade ou incapaz de manifestar sua vontade)

Nome: \_\_\_\_\_

Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Por meio do presente instrumento, o médico informa e esclarece o paciente quanto ao diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento; além de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal para a realização de todos os procedimentos necessários, atendendo assim os arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica<sup>1</sup>, os arts. 6º, inc. III, e 9º da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor)<sup>2</sup> e art. 15 da Lei 10.406/2002 (Código Civil)<sup>3</sup>.

Sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento cirúrgico designado “**CESARIANA**”, a que vou me submeter, que é realizada através de incisão (corte) no abdome inferior, sob anestesia (geral, raquianestesia ou peridural), havendo pequenas variações da técnica, com duração de 30 a 60 minutos. Geralmente indicada durante o trabalho de parto, onde o parto transcorreria sem sucesso, porém pode ser indicada com antecedência, visto as intercorrências possíveis de acontecer no final da gestação.  
**CBHPM – 3.13.09.05.4 CID – O80.9**

Declaro, ainda, estar devidamente informado das **complicações** inerentes ao quadro, especialmente: As primeiras 24 horas após o procedimento são mais dolorosas, sendo necessário o uso de medicações mais potentes para a dor. Após essas 24 horas, o quadro doloroso regride bastante e a alta hospitalar ocorre geralmente após 48 horas da cesariana. O sangramento é comum por até 20 dias após o nascimento, podendo se estender até 40 dias. As complicações são: risco anestésico (cefaleia pela anestesia), hemorragia durante o procedimento, infecções da ferida operatória, lesão e infecção do

Rubrica do Médico:

Rubrica do Paciente /  
Representante:

Rubrica da 1ª testemunha:

Rubrica da 2ª testemunha:

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CESARIANA

trato urinário. Além disso, fui esclarecida de que, em longo prazo, poderão existir hérnias e/ou aderências intra-abdominais, e de que na próxima gestação, poderá haver maior risco de ruptura uterina, lesão de órgãos que porventura, poderão estar unidos pelas aderências intra-abdominais; acretismo placentário e hemorragia pós-parto como consequência desta cirurgia. Assim como, possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

Da mesma forma, fui informado (a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou muito graves, aos demais medicamentos a serem utilizados, porém, concordo e autorizo meu (a) médico (a) a suspender minha operação em caso de intercorrência (fato adverso) por ocasião da aplicação do anestésico, implique em aumento do risco cirúrgico.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
às \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos

1ª Via: Médico responsável | 2ª Via: Hospital Belo Horizonte | 3ª Via: Paciente / Responsável Legal

_____ Assinatura do Paciente ou seu Responsável Legal	_____ Assinatura do Médico Responsável
_____ Assinatura da 1ª Testemunha CPF: _____	_____ Assinatura da 2ª Testemunha CPF: _____

## Hipótese de Emergência – Impossibilidade de obter o Consentimento Informado

Declaro que, devido ao estado clínico emergencial do paciente, não foi possível seguir com o procedimento de Consentimento Informado. No esforço de afastar os riscos à vida do paciente, tomei os cuidados necessários, incluindo-se a transfusão de hemocomponentes e hemoderivados, com base em avaliação técnica.

Médico responsável: \_\_\_\_\_

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
--------------------	--------------------------------------	---------------------------	---------------------------

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CESARIANA

CRM nº: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**<sup>1</sup>Do Código de Ética Médica: É vedado ao médico: Art. 24.** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

**É vedado ao médico: Art. 34.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**<sup>2</sup>Da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor): Art. 6º** São direitos básicos do consumidor: III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; [...]

**Art. 9º** O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**<sup>3</sup>Da Lei 10.406/2002: Art. 15.** Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha: