



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Cesárea a pedido

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

/ES, declaro para os devidos fins minha decisão de me submeter à CESÁREA nesta gestação.

Declaro ter ciência de que o parto normal é considerado como a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito na literatura médica.

Declaro estar ciente de que a data da cesárea será definida pelo (a) médico (a) assistente, com base nos indicativos de completa maturidade do feto, consoante a literatura médica pertinente.

Declaro, ainda, ter sido informada por Dr (a). _____,
CRM/ES _____ que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe, sendo os riscos mais comuns infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea).

Para o recém-nascido há maior chance de problemas respiratórios (risco 120 vezes maior nos partos cesarianos, segundo alguns autores) e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

Declaro, também, ter sido informada que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide ou cicatrização hipertrófica (cicatriz elevada, espessa, com forma de cordão, podendo gerar irritação local), que independem da habilidade do meu médico, visto que dependem das características pessoais de cada paciente.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantida a minha decisão de realizar cesárea.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o obstetra, responsável (no prontuário da paciente) e a outra, com a gestante.

_____, ____ de _____ de 20 _____

(assinatura da gestante)

(assinatura e carimbo com CRM do obstetra)

(nome, assinatura e RG da testemunha)

(nome, assinatura e RG da testemunha)