

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CESARIANA

Eu, \_\_\_\_\_, inscrita no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, declaro que fui informada acerca dos riscos e benefícios tanto do parto normal quanto do parto cesariano e decidi pelo cesariano, estando ciente de que a data da cesárea será definida pelo(a) médico (a) assistente, com base nos indicativos de completa maturidade de feto, consoante a literatura médica pertinente e a Resolução CFM nº 2.284/2020, a qual permite a cesariana a pedido da gestante após a 39ª (trigésima nona) semana completa de gestação, ou seja, 273 (duzentos e setenta e três) dias.

Declaro, ainda, ter sido informada pelo(a) meu(minha) médico(a), Dr(a). \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/PR sob nº \_\_\_\_\_, de que a cesárea representa, em condições normais, riscos para a mãe, sendo os mais comuns: infecção, hemorragia e/ou atonia uterina, (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada do útero), possibilidade de transfusão de sangue, infecção da cicatriz operatória, lesão na bexiga e outros órgãos, riscos de trombozes venosas inerentes ao período gestacional, risco aumentado de placenta prévia nas gestações subsequentes, com maior risco para acretismo placentário (*quando a placenta fica mais aderida ao útero do que o normal, podendo causar hemorragia na hora do parto*).

Para o RN (*recém-nascido*) há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

Afirmo ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta em forma de cordão), que independe da habilidade do(a) meu(minha) médico(a), visto que a cicatrização da ferida operatória depende das características pessoais de cada paciente.

Certifico que li este termo, entendi e aceito as explicações sobre os mais comuns riscos e complicações deste procedimento, tendo sido orientada pelo profissional de saúde e sua equipe. Desta forma, **AUTORIZO** a realização do procedimento proposto.

Curitiba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Nome legível da paciente: \_\_\_\_\_

CPF/MF: \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_  
Assinatura da paciente

Nome legível do responsável: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

CPF/MF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

( ) Paciente sem condições cognitivas, sem responsável presente, procedimento de urgência/emergência.

Médico: Declaro que, dentro das possibilidades e das funções de compreensão apresentadas pela paciente, expliquei riscos, benefícios e alternativas, e que a paciente compreendeu.

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura médico(a)