

PARTO NORMAL

1. Identificação da paciente (representante legal)

NOME: IDADE:

ENDEREÇO:

TELEFONE: REGISTRO HOSPITALAR:

CIC: RG:

2. Declaro que:

O DOUTOR:

Explicou-me e eu entendi que devo me submeter:

2 a) NOME DO PROCEDIMENTO: Parto Normal.

2 b) DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PROCEDIMENTO (EM TERMOS LEIGOS E CLAROS):

O parto normal consiste em esperar que as contrações normais do útero levem a criança a nascer. Para nascer, às vezes, é necessário fazer um corte na sua vagina, que será costurada em seguida.

2 c) DESCRIÇÃO DOS INSUCESSOS: O parto pode não se completar devido ao sofrimento da criança, falta de contrações, ou desproporção entre a criança e a sua bacia.

2 d) DESCRIÇÃO DE COMPLICAÇÕES DO ATO OPERATÓRIO: Infecção, atonia do útero, sangramento, ruptura do útero, morte da criança por aspiração de mecônio, pode haver ruptura de vagina e às vezes atingir o reto ou a bexiga.

2 e) DESCRIÇÃO DA ANESTESIA: Pode ser local, peridural, raqui, excepcionalmente anestesia geral.

2 f) DESTINO DA PEÇA OPERATÓRIA: A placenta, o cordão e partes fetais (como tumores) serão enviados para o laboratório de patologia.

3. Explicação de que durante a cirurgia poderá ser modificado a técnica.

4. Declaração de que a paciente entendeu as explicações.

5. Confirmação de autorização para intervenção local e data.

CIDADE: DATA:

Assinatura do Médico

Assinatura da Paciente

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

6. Declaro que é possível a qualquer momento antes da cirurgia revogar o meu consentimento.

Revogo o consentimento prestado no dia e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data.

CIDADE: DATA:

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA