

**FORMULÁRIO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE  
CESARIANA**

**CÓDIGO:  
FP.CMED.012**

**REVISÃO: 00**

**PÁGINA:1/2**

Prontuário: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ MOV: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Entrada: \_\_\_\_\_ Ala: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

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

Residente à \_\_\_\_\_

declaro para os devidos fins que fui esclarecida quanto a necessidade da realização de Cirurgia Cesariana, que este procedimento cirúrgico me foi explicado de forma clara pelo médico assistente abaixo identificado, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis.

Pude fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude diante do diagnóstico apresentado.

Estou ciente de que a CESARIANA é uma intervenção cirúrgica na qual se faz a extração do bebê por via abdominal, e que sua realização se deve ao motivo de que: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que, para realizar o procedimento acima especificado, 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 informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica (no local da incisão para a cesárea, na região pélvica), podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do médico, visto que dependem das características pessoais do organismo de cada paciente.

Fui esclarecida de que, além dos riscos da anestesia, poderão surgir complicações, sejam elas derivadas de problemas da própria gestação, como hemorragia, falta de contração do útero, infecções, distúrbios da coagulação, âmnio e tromboembolias; ou problemas derivados do procedimento, como febre, infecções, seromas, corte de órgão, hematomas, afecções urinárias, deiscências e/ou eventrações de parede, cicatrização hipertrófica e/ou quelóides, cefaléia, distensão abdominal.

Fui informada que pode ocorrer a necessidade de realização de procedimento de curetagem para retirada de eventuais restos da placenta existentes no útero após o parto.

Fui esclarecida que existe risco de ÓBITO da paciente e/ou do feto/recém nascido derivado do próprio procedimento cirúrgico em questão (mais raro) ou da situação vital da paciente que gerou a necessidade da cesariana (menos raro). Além disso, fui informada

FORMULÁRIO		
<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE CESARIANA</b>	<b>CÓDIGO: FP.CMED.012</b>	<b>REVISÃO: 00</b>
		<b>PÁGINA:2/2</b>

que em longo prazo poderão ocorrer prolapsos (descensos dos órgãos pélvicos), hérnias ou/e aderências intra-abdominais, devendo a paciente buscar orientação médica, se isso ocorrer.

Fui informada que todo procedimento cirúrgico pode ocorrer fato imprevisível ou de força maior, independentemente da técnica empregada ou da vontade dos profissionais envolvidos durante ou após o ato cirúrgico. Há risco, inclusive, de contrair infecção e de morte por sepse.

Estou ciente que o ato médico em questão se trata de obrigação de meio, por isso não há garantia de resultado.

Caso seja necessário, autorizo a realização de transfusão de sangue ou de hemoderivados, bem como que qualquer tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

Estou ciente de que devo cumprir integralmente as orientações médicas que me foram prescritas, e de que devo buscar imediatamente atendimento médico após a alta hospitalar, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como, febre, dor e sangramento. Este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, inclusive os termos técnicos utilizados. Por tudo isso,

AUTORIZO o(a) médico(a) e a sua equipe a realizar o procedimento cirúrgico de CESARIANA, bem como assumo os riscos inerentes desse procedimento.

---

Assinatura Paciente

Assinatura do Responsável pelo Paciente Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento: \_\_\_\_\_

Assinatura Responsável Legal , RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_.

Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_, CRM/SE Nº \_\_\_\_\_, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente.

ARACAJU, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.