

DOCUMENTO DE "CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO"  
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO

PROCEDIMENTO INFORMADO  
CESÁREA PROGRAMADA

**DECLARANTE**

Nome:..... Idade:.....

Endereço: .....

Tel.: ( ):..... Identidade n.º: ..... Órgão Expedidor:

Data de emissão: .....

OBS.: No caso do declarante não ser o paciente, deve-se preencher os dados do paciente.

**PACIENTE**

Nome:..... Idade: .....

Endereço: .....

Tel.: ( ):..... Identidade n.º: ..... Órgão Expedidor:

Data de emissão: .....

**DECLARO que o doutor** ..... **CRM n.º:**.....

**Instituição:** ..... **Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de:**  
..... **(em minha pessoa ou no paciente supra mencionado) ser**  
**conveniente e indicado proceder CESÁREA PROGRAMADA.**

Esclareceu-me que:

**1.** A cesárea é uma intervenção obstétrica na qual se faz a extração fetal por via abdominal. **2.** O fato de se programar uma cesárea se deve às circunstâncias atuais de minha gestação que não permitem um parto por via vaginal, em vista de se presumir um maior risco (aumento da morbidade e mortalidade, tanto para a mãe quanto para o feto). Assim, é a cesariana a alternativa que oferece maior garantia para meu futuro filho e para mim. **3.** A cesárea necessita de anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia, e atenção especializada ao recém-nascido. **4.** A cesárea abdominal não está isenta de complicações. De forma excepcional, podem surgir as derivadas do parto (hemorragia, atonia uterina, endometrites, transtornos de coagulação e infecções); e as derivadas da intervenção cirúrgica (febre, infecção da ferida, seromas, hematomas, afecções urinárias, deiscência e/ou eventração pós-cirúrgica). **5.** Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente. **6.** Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada. A longo prazo, poderão existir prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, hérnias, prolaparatómicas (abdominais), assim como patologia de ovários restantes quando se conservam os mesmos. Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, **declaro agora que estou satisfeito(a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realize a CESÁREA PROGRAMADA (ELETIVAMENTE) proposta.** Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Local e data: .....

.....  
Médico

.....  
Paciente ou Representante ou Responsável

TESTEMUNHAS:

.....

.....

**REVOGAÇÃO**

Revogo o consentimento prestado na data de: ..... / ..... / ..... e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado. Local e data: . .....

.....  
Médico

.....  
Paciente ou Representante ou Responsável