

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, _____ (nome completo), _____ (nacionalidade), portadora do RG _____ e inscrita no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliada à _____, _____ (cidade), _____ (estado), declaro para os

devidos fins **minha decisão de realizar PARTO NORMAL.**

Declaro ter sido informada que, durante o trabalho de parto, existem situações obstétricas em que pode haver necessidade de alguma intervenção, com a finalidade de preservar as condições ideais de nascimento para a mãe e o feto, como:

- uso de substância(s) para desencadear e/ou coordenar as contrações uterinas,
- necessidade de analgesia e/ou anestesia locorregional,
- realização de amnioscopia (exame para avaliar a cor do líquido amniótico),
- amniotomia (rotura artificial da bolsa das águas),
- cardiocotografia (registro das contrações uterinas e da frequência cardíaca fetal);
- episiotomia (corte no períneo);
- procedimentos operatórios para abreviar o tempo de expulsão do bebê (fórcipe ou vácuo-extrator). Neste caso, o parto deixará de ser “normal” e será chamado de parto vaginal operatório.

Declaro ter sido esclarecida que, em qualquer momento durante o trabalho de parto, o mesmo poderá ser convertido em cesárea, seja por indicação médica, no caso de intercorrências que levam a risco de vida da mãe e/ou da criança, ou por minha manifestação autônoma.

Declaro ter ciência de que apesar de o parto normal ser considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica, existem situações em que a cesárea é recomendada para salvar a mãe e/ou feto, como:

- descolamento prematuro da placenta (quando a placenta descola antes do nascimento);
- placenta prévia centro total ou centro parcial (quando a placenta está localizada total ou parcialmente sobre o colo do útero, impedindo a passagem do feto);

- cicatriz uterina decorrente de duas ou mais cesáreas anteriores;
- cicatriz uterina decorrente de uma cesárea com incisão vertical sobre o útero;
- cicatriz uterina decorrente de incisões cirúrgicas prévias, como ocorre na retirada de miomas com preservação do útero;
- quando o feto se apresenta de modo anômalo (sentado ou deitado);
- gestações múltiplas (dois fetos ou mais), quando um ou ambos os fetos se apresenta(m) em posição anômala (sentado ou deitado);
- em situações clínicas (diabetes, hipertensão, hemorragias) que possam comprometer a saúde do feto e/ou da gestante;
- quando o estado fetal não é tranquilizador, decorrente de resultado de exame(s) sugestivo(s) de oxigenação fetal prejudicada.
- quando houver evidências de desproporção entre o feto e a bacia materna (incluindo iminência de ruptura do útero).

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o obstetra responsável e a outra, comigo.

(Cidade), ____ de _____ de _____

Assinatura da gestante

Assinatura do obstetra

(nome, assinatura e RG da testemunha)

(nome, assinatura e RG da testemunha)