

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER:  
ANALGESIA NEUROAXIAL PARA PARTO

Nome:

Registro:

Os objetivos deste termo são: informar sobre os procedimentos de analgesia para parto realizados no Hospital \_\_\_\_\_ e obter o consentimento e a assinatura do paciente ou seu responsável legal confirmando o recebimento dessas informações.

1. Fui informada pelo(a) médico(a) anestesista Dr(a) \_\_\_\_\_ e pelo(a) médico(a) obstetra Dr(a) \_\_\_\_\_ que tenho a opção de receber uma anestesia para diminuir a dor do parto normal.

2. Os tipos de anestesia que podem ser usados são: anestesia peridural, raquianestesia ou a combinação das duas. Essas anestésias são feitas na coluna. Para colocar o remédio e o cateter o médico precisa encontrar o lugar certo usando uma agulha nas minhas costas.

3. Que para fazer a anestesia ficarei sentada ou deitada de lado com as costas nuas. Que equipamentos de segurança serão colocados em meu corpo para vigiar meus batimentos cardíacos e minha pressão. Que o doutor vai passar álcool nas minhas costas para evitar infecção e vai injetar um anestésico, que pode arder na pele das costas, para diminuir o incômodo da agulha que vai até a coluna.

4. Que é normal sentir choque, formigamento, sensação de calor ou frio, tontura nessa parte da anestesia.

5. Que a anestesia só vai diminuir a dor, não vai tirar toda a dor. Que eu ainda terei que fazer a força de parir para um parto normal saudável, mesmo sem sentir vontade igual de fazer força a quando eu tinha dor. Que vou seguir as recomendações dos médicos na hora do parto para diminuir os riscos ao meu bebê.

6. Que existe risco de uma em cada vinte anestésias não funcionar. Que se isso acontecer pode haver opção de tentar novamente ou de parir sem anestesia. Que se houver risco para minha saúde ou para de meu bebê e não der tempo de me explicar os doutores podem mudar a anestesia para tentar diminuir esse risco.

7. Que os riscos mais comuns nessa anestesia são: aumentar o tempo de parto (em até meia hora), dor de cabeça que dura aproximadamente uma semana (raro, <1%), pressão baixa (pouco comum, 1 em cada 200), dor no lugar da picada por algumas semanas (comum, 1 em cada 3), enjôo (pouco comum, 1%), dificuldade de fazer xixi (pouco comum, 1%), aumento de risco de precisar de fórceps ou vácuo (incomum, para 5%), coceira fraca no corpo por algumas horas(muito comum, 1 em cada 10).

8. Que existem os seguintes riscos mais raros: lesão de nervo da coluna permanente (1 em um milhão), fraqueza de pernas temporária (1 em 10), lesão temporária de nervo (1 em 100.000), infecção (1 em 100.000), sangue na coluna (7 em 100.000), meningite (1 em 100.000), choque anafilático (1 em 100.000), convulsão (1 em 11.000), dificuldade de respirar (1 em cada 100), morte 1 em cada 1000, paralisia das pernas (5 em 100.000).

9. Fui informada dos possíveis benefícios, riscos ou efeitos colaterais do tratamento e das alternativas científicas disponíveis, incluindo a possibilidade de recusar ou desistir da anestesia proposta, sem prejudicar a continuidade do acompanhamento no hospital.

Declaro ainda que tive conhecimento dos fatores que envolvem a anestesia, pela explicação que me foi prestada pelo médico anestesista e/ou integrante de sua equipe. Que tive oportunidade de fazer perguntas e que todas foram respondidas até que eu estivesse satisfeita. Declaro conhecer que

o médico anestesista presta seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e cuidado em busca da manutenção das condições da vida do paciente durante o procedimento.

Declaro que minha escolha por diminuir a dor do parto é somente minha, agora que sei os riscos e os benefícios de fazer essa anestesia. Declaro que não me sinto pressionada e que sei que independente de minha escolha meu parto continuará sendo feito da melhor maneira possível por toda a equipe, que garantiu que não haverá ressentimento ou punição qualquer que seja minha decisão. Fui informada que o hospital é um hospital de ensino e pesquisa, portanto os alunos e médicos em treinamento (residentes) participam do atendimento, do tratamento e das anestésias. Declaro e confirmo que, em consulta com o anestesista, respondi a verdade sobre minhas condições físicas, psicológicas e de saúde. Informei nesta consulta todos os medicamentos, substâncias químicas e drogas ilícitas que estou utilizando e todos os medicamentos que não posso utilizar ou alergias a qualquer coisa. Declaro e confirmo que foi permitido que eu fizesse todas as perguntas e observações necessárias para entender o que poderá ocorrer comigo em decorrência da anestesia que receberei. Eu estou de acordo e assino abaixo esse documento, de espontânea vontade, para receber cuidados de anestesia necessários para a diminuição da dor durante meu parto.

Autorizo, aos (às) médicos (as) plantonistas da anestesia do hospital a realizar o (s) procedimento (s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, usando os recursos conhecidos na atualidade da assistência à saúde e que estejam disponíveis no hospital.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável legal.

Preencher se a assinatura for do responsável legal:

Nome do responsável legal: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco com o paciente: \_\_\_\_\_

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

Confirmação e declaração do(a) médico(a):

Declaro ter fornecido todas as informações necessárias ao claro entendimento do procedimento proposto ao paciente e considerarei o responsável pela assinatura deste TER suficientemente capaz para compreender o que lhe foi esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo(a) do médico(a).

Testemunha:

Declaro que não há sinais que a gestante foi pressionada para a escolha que o médico queria e que ela aparentemente entendeu tudo o que está escrito nesse documento e que tudo indica que ela concorda realmente com o que assinou.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

Nome da testemunha: \_\_\_\_\_

Quem é a testemunha: \_\_\_\_\_