**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cesariana**

Eu, **[inserir nome completo do paciente],** recebi as informações necessárias e esclarecimentos adequados sobre a cesariana, um procedimento cirúrgico que envolve a extração do meu bebê através de uma incisão no abdômen e útero. Após entender os riscos, benefícios e alternativas disponíveis, estou ciente e dou meu consentimento livre e esclarecido para a realização da cesariana, conforme discutido com a equipe médica envolvida no meu cuidado.

**Entendo que a decisão de realizar uma cesariana é baseada em considerações médicas e pode ser necessária por diversos motivos, como:**

1. Distócia no trabalho de parto: Quando o parto vaginal não está progredindo adequadamente ou há dificuldades significativas na passagem do bebê pelo canal de parto.

2. Sofrimento fetal: Quando os sinais de bem-estar do bebê estão comprometidos e há necessidade de um parto mais rápido para garantir a segurança do bebê.

3. Problemas de saúde materna: Quando existem complicações médicas, como pressão alta, diabetes gestacional, placenta prévia, entre outras, que tornam o parto vaginal arriscado para a mãe ou o bebê.

4. Posição do bebê: Quando o bebê está em uma posição que dificulta um parto vaginal seguro, como apresentação pélvica ou transversa.

5. Riscos associados ao parto vaginal anterior: Em casos de histórico de complicações graves durante um parto vaginal anterior, a cesariana pode ser recomendada para minimizar riscos futuros.

**Riscos e Complicações:**

Embora a cesariana seja uma cirurgia comum e geralmente segura, é importante estar ciente dos possíveis riscos e complicações associadas a esse procedimento. Esses riscos incluem, mas não se limitam a:

1. Infecção: Existe o risco de infecção na incisão cirúrgica, útero ou trato urinário.

2. Sangramento excessivo: A cesariana pode levar a uma perda de sangue maior do que em um parto vaginal, podendo ser necessário realizar transfusões sanguíneas.

3. Lesão de órgãos: Há um pequeno risco de lesão acidental de órgãos adjacentes, como bexiga, intestinos ou vasos sanguíneos.

4. Trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar: A cirurgia aumenta o risco de formação de coágulos sanguíneos nas veias das pernas, que podem se deslocar para os pulmões, causando uma embolia pulmonar.

5. Reação à anestesia: Podem ocorrer reações adversas à anestesia, como náuseas, vômitos, coceira, dificuldade respiratória ou reações alérgicas.

6. Complicações respiratórias no recém-nascido: Bebês nascidos por cesariana podem apresentar uma maior propensão a problemas respiratórios temporários.

**Alternativas:**

Embora a cesariana seja a opção escolhida neste momento, com base nas informações médicas, entendo que existem alternativas ao procedimento, como a tentativa de um parto vaginal, monitoramento intensivo, uso de técnicas de indução do trabalho de parto ou uso de fórceps ou extrator de vácuo.

**Esclarecimentos:**

Recebi orientações sobre o procedimento da cesariana, incluindo a preparação pré-operatória, a técnica cirúrgica, os cuidados pós-operatórios e as orientações para a recuperação. Estou ciente dos riscos, benefícios e possíveis complicações associadas à cesariana.

**Direitos do Paciente**:

Reconheço que tenho o direito de buscar uma segunda opinião médica antes de tomar uma decisão final. Além disso, tenho o direito de recusar ou retirar meu consentimento a qualquer momento antes ou durante o procedimento médico.

**Perguntas e Respostas**:

Tive a oportunidade de fazer todas as perguntas que considerei necessárias e recebi respostas satisfatórias da equipe médica. Entendo que posso entrar em contato com a equipe a qualquer momento para esclarecer dúvidas adicionais.

**Consentimento:**

Confirmo que compreendi as informações fornecidas e as decisões acomodadas.

Dou meu consentimento livre e esclarecido para a realização da cesariana conforme recomendado pela equipe médica. Entendo que a equipe médica fará o possível para garantir a minha segurança e o bem-estar do meu bebê durante o procedimento.

Nome do Paciente:

[Inserir nome completo do paciente]

Data: [Inserir data]

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Médico:

[Inserir nome completo do médico]

Data: [Inserir data]

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_