



1000544

AFFIX PATIENT LABEL

or

Patient Name \_\_\_\_\_

Surgeon Name \_\_\_\_\_

MRN/DOB \_\_\_\_\_

**Consent To Procedure/Operation  
Labor, Augmentation, and  
Induction of Labor Management**

Eu, \_\_\_\_\_, por meio deste instrumento, autorizo o  
(Nome do paciente/representante legal)

meu/a minha médico(a), \_\_\_\_\_, em conjunto  
(Nome do(a) médico(a), enfermeiro(a) obstetra, dentista ou cirurgião(ã) encarregado(a))

com os assistentes que ele(a) designar, bem como outros indivíduos que precisarem participar do procedimento/ operação que podem não ser conhecidos neste momento, mas que incluem os indivíduos mencionados na Página 2 a realizar o seguinte procedimento/operação:

Manejo de parto, aumento, indução, administração de medicamentos, incluindo misoprostol e ocitocina, episiotomia, parto por fórceps ou a vácuo, cesárea de emergência e cuidados de emergência para o bebê após o nascimento, incluindo: ressuscitação, intubação, transfusão de sangue, estimulação de parto, parto normal, incisão para a abertura vaginal, parto auxiliado por instrumentos, cuidados do bebê, incluindo tubo de respiração na traqueia, colocação de cateteres no cordão umbilical e fornecer sangue ao bebê

(Nome do procedimento/operação e breve descrição)

Os nomes e os cargos desses indivíduos que estiverem participando do procedimento/operação serão registrados no prontuário médico. Eu entendo que poderei solicitar uma cópia do meu prontuário médico.

Eu também autorizo quaisquer operações ou procedimentos adicionais considerados necessários com base nos achados durante o curso do mencionado procedimento/cirurgia. Quaisquer tecidos ou partes que forem removidos cirurgicamente poderão ser descartados pelo Boston Medical Center de acordo com a prática comum.

A natureza, a proporção e a finalidade da operação, possíveis métodos ou tratamentos alternativos (incluindo a opção de não querer tratamento), os riscos envolvidos e a possibilidade de complicações foram plenamente explicados para mim. Eu entendo que há uma chance de ocorrer maiores riscos ou complicações decorrentes do procedimento, incluindo, entre outros:

Risco de a paciente ter muitas contrações, contrações fortes demais, o feto poder não tolerar as contrações, risco de cesárea, infecção, sangramento, danos à vagina, intestino, bexiga, uréteres, útero, transfusão de sangue, possível ferimento ao bebê, possível histerectomia (remoção do útero), morte. Os riscos ao bebê incluem dano à garganta ou traqueia, coagulação ao redor do cateter, sangramento e infecção sanguínea.

Eu confirmo que não foi dada nenhuma garantia quanto aos resultados deste procedimento/operação.

Eu entendo que o(a) meu(minha) médico(a) poderá precisar sair da sala de cirurgia durante o meu procedimento/ operação. Meu/minha médico(a)/cirurgião(ã) me explicou e esclareceu todas as minhas dúvidas referentes a uma possível ausência.

Eu entendo que este procedimento/operação pode ter valor educacional ou científico. Se ocorrer filmagem clínica (gravação por fotografia, vídeo, mídia eletrônica ou por áudio), eu preciso ser informada com antecedência pelo(a) meu/minha médico(a) a respeito do uso e da finalidade da filmagem clínica antes da filmagem assim que for viável. Eu entendo que posso ter o direito de recusar qualquer filmagem clínica.

Eu dou consentimento para a administração (transfusão) de sangue ou produtos sanguíneos durante este procedimento/operação ou no período pós-operatório imediato, caso isso venha a ser recomendado. Eu estou ciente de que isso envolve riscos adicionais, incluindo, entre outros, febre e reações alérgicas, transmissão de doenças como hepatite, HIV/AIDS e citomegalovírus e sobrecarga de fluídos.



### Consent To Procedure/Operation Labor, Augmentation, and Induction of Labor Management

Se você se recusar a usar o sangue ou os produtos sanguíneos: Os riscos da recusa de transfusão de sangue ou de produtos sanguíneos, se forem considerados necessários durante o procedimento/operação proposto, foram explicados para mim pelo(a) meu/minha médico(a)/cirurgião(ã). Eu entendo que o fato de eu recusar aceitar uma transfusão de sangue, caso isso venha a ser necessário durante ou imediatamente após esse procedimento/operação, poderá me colocar em um risco maior para complicações ou consequências catastróficas que incluem, entre outras, danos cerebrais, ataque cardíaco, enfarto, disfunção renal (diálise), intubação prolongada, deficiência permanente e morte. Mesmo assim, eu recuso a transfusão de sangue ou os produtos sanguíneos.

**Rubrica do(a) paciente:** \_\_\_\_\_

Eu entendo que é possível que um ou mais profissionais da área da saúde (representantes técnicos de empresas de equipamentos e dispositivos médicos) possam estar presentes durante este procedimento/operação para fins de orientações relacionadas apenas a um produto.

Se for usada sedação durante este procedimento/operação para controlar a minha dor, eu entendo que este método de controle da dor apresenta riscos. Esses riscos incluem, entre outros: redução da pressão arterial que possa precisar de fluidos intravenosos e/ou medicamentos, e dificuldade para respirar que possa precisar de suporte respiratório. Os efeitos colaterais mais comuns da sedação são náusea e vômito. Em casos raros, pode ocorrer reação alérgica ou parada cardíaca (coração para de bater). Eu entendo que posso sentir dor, mesmo depois de receber a sedação.

Eu confirmo que li e compreendi totalmente o consentimento acima, que foram dadas explicações e que o(a) médico(a)/cirurgião(ã) esclareceu todas as minhas dúvidas. Eu dou consentimento para este procedimento/operação.

**MUST RECORD DATE/TIME**

Sign \_\_\_\_\_ Print \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
Patient

Sign \_\_\_\_\_ Print \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Surrogate (if applicable)

Sign \_\_\_\_\_ Print \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
Provider/Physician/Surgeon

I interpreted the provider's explanation. (Interpreter must sign below, if applicable)

Sign \_\_\_\_\_ Print \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_



**Consent To Procedure/Operation  
Labor, Augmentation, and  
Induction of Labor Management**

				UPDATED DAY OF PROCEDURE/ OPERATION, IF APPLICABLE		
	Participant	Name	Year	Patient Initials	Date	Time
<input type="checkbox"/>	Fellow					
<input type="checkbox"/>	Resident					
<input type="checkbox"/>	Physician Assistant					
<input type="checkbox"/>	Certified Nurse Midwife					
<input type="checkbox"/>	Certified Nurse Practitioner					
<input type="checkbox"/>	Other					

				UPDATED DAY OF PROCEDURE/ OPERATION, IF APPLICABLE		
	Participant	Name	Year	Patient Initials	Date	Time
<input type="checkbox"/>	Fellow					
<input type="checkbox"/>	Resident					
<input type="checkbox"/>	Physician Assistant					
<input type="checkbox"/>	Certified Nurse Midwife					
<input type="checkbox"/>	Certified Nurse Practitioner					
<input type="checkbox"/>	Other					