



**Consentimento para procedimento/operação  
Tentativa de parto após cesariana (LAC)  
(Labor after Cesarean LAC)**

AFFIX PATIENT LABEL

or

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

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

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

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o meu  
(Nome do paciente/responsável legal)

prestador de cuidados \_\_\_\_\_, em conjunto  
(Nome do médico, enfermeira-medicina, dentista ou cirurgião responsável)

com os assistentes que ele/ela designar, bem como outros indivíduos que necessitem de participar no procedimento/operação e que podem não ser conhecidos neste momento, mas incluem os indivíduos mencionados na Página 3, a executar o seguinte procedimento/operação:

Tentativa de parto após cesariana (TOLAC), Gestão do parto, aumento, indução, administração de medicamentos, incluindo oxitocina, episiotomia, parto com fórceps ou vácuo, cesariana urgente e cuidados de emergência ao bebê depois do parto, incluindo: ressuscitação, intubação, transfusão de sangue: gestão do parto, parto vaginal, corte na abertura vaginal, parto assistido por instrumentos, cuidados ao bebê, incluindo tubo de respiração na traqueia, colocação de cateteres no cordão umbilical e dar sangue ao bebê.

(Nome do procedimento/operação e breve descrição)

Os nomes e as posições destes indivíduos que participam no procedimento/operação serão registados no prontuário médico. Eu entendo que posso solicitar uma cópia do meu prontuário médico.

Também autorizo quaisquer operações ou procedimentos adicionais que sejam considerados necessários com base nas conclusões tiradas no decorrer do referido procedimento/operação. Quaisquer tecidos ou partes removidas cirurgicamente podem ser descartadas pelo Boston Medical Center de acordo com as práticas habituais.

A natureza, extensão e finalidade da operação, possíveis métodos ou tratamento alternativos (incluindo a escolha de nenhum tratamento), os riscos envolvidos e a possibilidade de complicações foram-me totalmente explicados. Eu entendo que podem existir grandes riscos ou complicações decorrentes do procedimento, sendo que estes incluem, mas não estão limitados a:

Riscos para a paciente incluem muitas contrações, contrações muito fortes, o feto pode não tolerar as contrações, aumento do risco de cesariana, infecção, hemorragia, lesões na vagina, intestino, bexiga, uréter, útero, transfusão de sangue, possíveis lesões no bebê, possível histerectomia (remoção do útero). Especificamente, risco aumentado de rutura uterina, com riscos de hemorragia materna e necessidade de transfusão de sangue ou histerectomia (remoção do útero), risco de morte e risco aumentado de lesão cerebral fetal ou morte. Os riscos para o bebê incluem lesões na garganta ou traqueia, coagulação ao redor do cateter, hemorragia e infecção no sangue.

Eu reconheço que não me foi dada qualquer garantia quanto aos resultados deste procedimento/operação.

Eu entendo que o meu médico pode precisar de sair da sala de cirurgia durante o meu procedimento/operação. O meu médico/cirurgião explicou e respondeu a todas as minhas perguntas sobre possíveis ausências.

Eu entendo que este procedimento/operação pode ter valor pedagógico ou científico. Se ocorrerem filmagens clínicas (gravação por fotografia, vídeo, meios eletrónicos ou de áudio), eu devo ser informada com antecedência pelo meu médico sobre o uso e a finalidade das filmagens clínicas antes das filmagens, sempre que possível. Eu entendo que tenho o direito de recusar qualquer filmagem clínica.

Eu autorizo a administração (transfusão) de sangue ou produtos sanguíneos durante este procedimento/operação ou no período pós-operatório imediato, caso sejam indicados. Estou consciente de que isso envolve riscos adicionais, incluindo, entre outros: febre e reações alérgicas, transmissão de doenças tais como a hepatite, VIH/SIDA e citomegalovírus e sobrecarga de fluidos.

**Consentimento para procedimento/operação  
Tentativa de parto após cesariana (LAC)**

Se recusar o uso de sangue ou produtos sanguíneos: Os riscos da recusa de transfusão de sangue ou produtos sanguíneos, se forem considerados necessários durante o procedimento/operação proposta, foram-me explicados pelo meu médico/cirurgião. Eu entendo que a minha recusa em aceitar uma transfusão de sangue, caso seja necessário durante ou imediatamente após este procedimento/operação, pode colocar-me em maior risco de complicações ou consequências catastróficas que incluem, mas não estão limitadas a: lesões cerebrais, ataque cardíaco, acidente vascular cerebral, insuficiência renal (diálise), intubação prolongada, incapacidade permanente e morte. No entanto, eu recuso a transfusão de sangue ou produtos sanguíneos.

**Iniciais do paciente:** \_\_\_\_\_

Eu entendo que é possível que um ou mais profissionais do setor da saúde (representantes técnicos de empresas de equipamentos e dispositivos médicos) possam estar presentes durante este procedimento/operação para fins de consultoria relacionados apenas com um produto.

Se for usada sedação durante este procedimento/operação para controlar a minha dor, eu entendo que este método de controlo da dor tem riscos. Estes riscos incluem, mas não estão limitados a: diminuição da tensão arterial que pode exigir fluidos intravenosos e/ou medicamentos e dificuldade em respirar que pode exigir assistência respiratória. Os efeitos secundários mais comuns dos sedativos são náuseas e vômitos. Em casos raros, pode haver reações alérgicas ou paragem cardíaca (paragem do coração). Eu compreendo que posso sentir dor, mesmo depois de receber sedação.

Eu atesto que li e compreendi totalmente o consentimento acima apresentado, que me foram dadas explicações e que o médico/cirurgião respondeu a todas as minhas perguntas. Eu autorizo este procedimento/operação.



**Consentimento para procedimento/operação  
Tentativa de parto após cesariana (LAC)**

**MUST RECORD DATE/TIME**

Patient

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

Parent/Guardian Surrogate (if applicable)

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

Provider/Physician/Surgeon

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

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

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

				UPDATED DAY OF PROCEDURE/ OPERATION, IF APPLICABLE		
<input type="checkbox"/>	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		
<input type="checkbox"/>	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"/>	Otro					

