

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CESARIANAS EM SITUAÇÃO DE PANDEMIA COVID -19**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, na qualidade de paciente, ou \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, na qualidade de responsável legal, depois de receber esclarecimentos a respeito do meu diagnóstico e ser orientada dos riscos e benefícios da necessidade de interrupção da minha gestação, fui informada sobre as possíveis repercussões na postergação da minha cesariana.

Fui informada pelo(a) Dr(a). \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, que, o atraso na cesariana poderá acarretar em riscos aumentados para mim e para o meu filho(s), além do aumento na possibilidade de complicações. Fui orientada que no meu caso não existe tratamento, nesse momento, capaz de substituir ou postergar, com segurança, a cesariana.

Estou ciente de que nesse momento estamos vivendo uma situação de pandemia por COVID- 19 e que há risco de contaminação durante a minha cirurgia. Essa contaminação pode estar associada a um risco aumentado de complicações mais graves pós-operatório e contaminação de meu filho(s), numa eventual infecção pelo Corona Vírus.

Após ter sido esclarecida acerca de todas as minhas dúvidas, e estar ciente de todos os riscos, tomei a decisão de realizar a cesariana nesse momento. Estou também ciente de que durante o período do meu tratamento, por consequência da pandemia, poderá ocorrer afastamento de membro da minha equipe médica, incluindo o(a) médico(a) assistente, acarretando em transferência dos meus cuidados à outros profissionais da instituição.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do declarante ou responsável legal: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha 1 – Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha 2 – Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do médico: \_\_\_\_\_