



SUMÁRIO DE ALTA DA MATERNIDADE

Identificadores Institucionais:

Nome: _____

Prontuário: _____

(preencher se não estiver com etiqueta)

Diagnóstico principal: Trabalho de Parto Parto Cesário eletivo

Outro: _____

Principais achados clínicos: Contrações uterinas Dilatação Cervical Perda de líquido via vaginal

Procedimentos diagnósticos relevantes e resultados: Sim Não

Ultrassonografia: _____

Cardiotocografia: _____

Laboratorial: _____

Outros: _____

Procedimentos terapêuticos (médicos e equipe multidisciplinar) :

Monitorização do trabalho de parto Parto vaginal Vaginal instrumental _____

Cesárea Outros: _____

Anestesia: Não Sim, Local: _____ Raquidiana Peridural Combinada Geral

Condições de Alta : Puerpério Fisiológico Óbito Outra :

Destino: Residência Atendimento Domiciliar

Transferência para outro hospital / clínica: _____

Médico/ Assinatura: _____


CRM: _____

Data: ____/____/____

Declaro que recebi em ____/____/____ às ____:____h, explicações sobre essas orientações e tive oportunidade de fazer perguntas, sendo respondidas satisfatoriamente.

Nome do Paciente / Responsável: _____

Assinatura: _____

 <p>MEMORIAL SÃO JOSÉ HOSPITAL E CLÍNICAS</p>	<p>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO – CESARIANA</p>	<p style="text-align: center;">Identificadores Institucionais</p> <p>Nome: _____</p> <p>Prontuário: _____</p> <p style="text-align: center;">(preencher se não estiver com etiqueta)</p>
--	--	---

AUTORIZO o Dr. _____ CRM _____, seu(s)

Assistente(s), bem como todos os demais profissionais vinculados a assistência, credenciados por esta instituição, a realizar o(s) seguintes procedimentos(s) cirúrgico(s): **CESARIANA.**

Este(s) procedimento(s) cirúrgico(s) me foi (ram) explicado(s) de forma clara pelo médico tendo sido orientado quanto a seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos benefícios e/ ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude diante da natureza da patologia diagnosticada.

Estou ciente de que, para realizar o procedimento(s) acima especificado(s) será necessário emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.

Fui esclarecida (o) de que, além dos riscos da anestesia, poderão surgir complicações, sejam elas de problemas da própria gestação, como hemorragia falta de contração do útero, infecções, distúrbios da coagulação, âmnio e trombo embolias, ou derivadas do próprio procedimento, como febre, infecções, seromas, hematomas, afecções urinárias, deiscências e/ou queloides, cefaleia distensão abdominal. Além disso, fui esclarecida de que, como em todo o procedimento cirúrgico, existe um risco excepcional de morte, derivado do próprio procedimento (mais raro) ou da situação vital da paciente que gerou a necessidade da cesariana (menos rara), e que, em longo prazo poderão existir prolapso (descensos dos órgãos pélvicos), hérnias, e aderências intra-abdominais, ruptura uterina, acretismo placentário, hemorragia pós-parto, entre outras.

Estou ciente ainda que, consoante disposição legal expressa, do Código de Ética Médica, é vedado ao Médico efetuar qualquer procedimento/ tratamento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo a vida.

Assim, se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida do paciente em risco, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo de vida apurado.

Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposta no presente termo, inclusive quanto aos procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e emergenciais, as quais serão conduzidas de acordo com o julgamento técnico do médico acima autorizado e equipe, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos da medicina dissonáveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Certifico que este termo me foi explicado e que li, ou que foi lido pra mim e que entendi o seu conteúdo AUTORIZANDO a realização do procedimento.

DATA: __/__/__

Assinatura do Paciente/ Responsável legal

RG

*Termo preparado com fundamento no art. 59 do Código de Ética Médica e disposições da Lei 8.078/90 – Código de Defesa do Consumidor.



**MEMORIAL
SÃO JOSÉ**
HOSPITAL E CLÍNICAS

FICHA DE ADMISSÃO OBSTÉTRICA

Identificadores Institucionais:

Nome: _____

Same: _____

(preencher se não estiver com etiqueta)

DATA: ___/___/___ HORA: ___ : ___ h MÉDICO(A) ASSISTENTE: _____ FONE: _____

ANAMNESE. ALERGIAS: Não Sim (_____)

ANTECEDENTES PESSOAIS E PATOLÓGICOS: H.A.S Diabetes Coronariopatia A.V.C Pré-eclâmpia
Outros: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E GINECOLÓGICOS: GESTA _____ PARA _____ AB _____ (_____ PN, _____ PC)

IDADE GESTANTE: D.U.M: _____ USG: _____ (_____ TRIMESTRE)

ANTECEDENTES FAMILIARES: : H.A.S Diabetes Coronariopatia A.V.C Pré-eclâmpia
Outros: _____

MEDICAMENTOS EM USO: _____

EXAMES COMPLEMENTARES (PREENCHER CASO EXISTENTE)

EXAME GERAL:

PULSO: _____ bpm P.A: _____ X _____ mmhg TEMP: _____ °C EDEMAS DE MMII: AUSENTE PRESENTE (_____+)

A.C.V: _____

A.R: _____

OUTROS: _____

EXAME OBSTÉTRICO:

A.F.U: _____ cm B.C.F: _____ bpm

TÔNUS UTERINO: FISIOLÓGICO AUMENTADO

DINÂMICA UTERINA: AUSENTE PRESENTE (_____ contr/ _____ seg/ _____ min)

HEMORRAGIAS: AUSENTE PRESENTE SITUAÇÃO: LONGITUDINAL TRANSVERSAL

POSIÇÃO: DIREITA ESQUERDA APRESENTAÇÃO: CEFÁLICO PÉLVICO CÓRMICO

TOQUE VAGINAL: NÃO REALIZADO REALIZADO (DILATAÇÃO: _____ cm/ APAGAMENTO _____ %)

POSIÇÃO DO COLO: _____ BOLSA: ÍNTEGRA ROTA _____ h LÍQUIDO CLARO MECÔNIO (_____+)

ESPECULAR: NÃO REALIZADO REALIZADO _____

TRANSTORNOS VISUAIS: AUSENTES PRESENTES

DADOS DE INTERESSE: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA/ PLANO TERAPÊUTICO

1. Dieta: _____ Não se aplica

2. Antibioticoterapia: Profilático Terapêutico Não se aplica

3. Fisioterapia: Motora Respiratória Não se aplica

4. Fonoterapia: SIM NÃO

5. Psicologia: SIM NÃO

6. Previsão de tempo de Internamento: _____ dias.

7. Resultados Esperados: _____

8. Exames Solicitados: _____ Não se aplica

MÉDICO (A) – ASSINATURA E CARIMBO