

Termo de Consentimento e Responsabilidade de Assistência Emocional e Psicológico ao Parto (Doula)

Eu _____

Nacionalidade _____, Estado civil _____

Nascida em ____/____/____, profissão _____,

Portadora do RG _____ e CPF/MF _____,

Residente na _____,

Nº _____, Complemento _____ - Estado de _____

CEP _____, Telefone (____) _____, já devidamente cadastrada perante ao

Complexo Hospitalar Unimed Guarulhos declara para todos os fins de fato e de direito, que:

1. Prestarei assistência emocional e psicológico durante o parto da Sra.

(parturiente), que será realizado pela equipe médica do Dr.(a) _____

CRM _____,

Com data prevista para ____/____/____, tendo como responsável pela internação o (a) Sr. (a)

Que anui, juntamente com a parturiente, com os termos da presente declaração.

2. Possuo qualificação e estou habilitada para prestar assistência emocional e psicológica, na qualidade de doula, no parto da parturiente.

3. Prestarei assistência emocional e psicológica a parturiente, ficando vedada a qualquer atividade e/ou conduta que interfira no atendimento médico/ hospitalar durante o Pré-parto, Parto ou Pós-parto.

4. As atividades e funções por mim exercidas se restringirão à assistência emocional e psicológica da parturiente, ficando vedados atos médicos ou de enfermagem, tais como: indicar e realizar exames; manobras; orientar quando a procedimento médico hospitalares; utilizar ou manusear equipamentos médicos, cirúrgicos de monitoramento, enfermagem e/ou ministrar medicamentos, bem como fica vedado qualquer orientação diversa daquela dada pela equipe médica ou de enfermagem, responsabilizando-me integralmente pelas atividades e funções exercidas na assistência ao parto, isentando o hospital, médico, equipe de enfermagem quanto à conduta por mim praticada.

5. Seguirei as recomendações da equipe médica, hospitalar e de enfermagem, comprometendo-me a garantir a segurança e o bem-estar da parturiente e do recém-nascido e a contribuir para perfeito atendimento da parturiente.

Termo de Consentimento e Responsabilidade de Assistência Emocional e Psicológico ao Parto (Doula)

6. Obtive expressamente o consentimento do médico obstetra da parturiente para ingresso na sala de parto vaginal (PPP).

7. Tenho ciência e concordo que ficará a critério exclusivo da equipe médica e de enfermagem autorizar a entrada na sala de parto vaginal (PPP) de equipamentos, aparelhos (ex: aparelhos de música), materiais (ex: cremes, óleos relaxantes, etc.) por mim trazidos, devendo para tanto dar ciência plena a equipe médica e de enfermagem quanto à natureza destes. Comprometo-me ainda a suspender, a qualquer momento, atividades que não esteja contribuindo para o parto, atendendo a solicitação da equipe médica ou de enfermagem.

8. Entendo que após indicação de intervenção cirúrgica, não será necessária minha presença em sala como Doula, podendo a parturiente escolher-me como acompanhante nos preceitos da lei vigente.

9. Tenho ciência e concordo que a ofensa a qualquer uma destas condições implicará em descumprimento das condições do termo, podendo ser suspenso o cadastro para atividades de doula perante o hospital, sem prejuízo dos sanções civis e criminais.

10. Estou ciente dos riscos biológicos existentes em determinados setores do hospital, da importância e dos benefícios de estar devidamente vacinado(a). Declaro para os devidos fins que estou plenamente regular com as vacinas contra a Hepatite “B”, Difteria, Tétano, Sarampo, Caxumba e Rubéola, assumindo plena e total responsabilidade pelas informações prestadas, conforme NR-32 da portaria 3214/78 de 11/11/05 do MTE, que regulamenta a Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde

Guarulhos _____ de _____ de 20____.

Assinatura da Doula

Assinatura Paciente