

 <p>CLÍNICA SANTA HELENA *****</p>	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	<b>Preencher quando não houver etiqueta</b> Nome da paciente:
	<b>ACOMPANHAMENTO DE PARTO POR DOULA</b>	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
<p>Refere-se à formalização de autorização por parte do paciente e/ou seu responsável para que uma DOULA previamente cadastrada na CSH possa acompanhar a paciente durante o período de parto.</p> <p>Ressaltamos que a doula que estará na sala não está autorizada a realizar registros de imagem e/ou vídeos, bem como a mesma não participará ativamente do parto e não interferirá nas condutas do médico assistente, sendo permitido apenas a função de doulagem, conforme consta no REG.DT.002 – REGIMENTO INTERNO PARA ATUAÇÃO DE DOULAS NA CLÍNICA SANTA HELENA.</p> <p>A confidencialidade de todos os procedimentos realizados é responsabilidade e dever dos profissionais envolvidos na área da saúde, a fim de resguardar as informações de seus pacientes.</p>

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL
<p>Autorizo a DOULA:</p> <p>_____</p> <p>a acompanhar todo o período periparto da gestante</p> <p>_____</p> <p>conforme normas institucionais.</p> <p>Compreendo que por uma questão de espaço físico e normas da instituição, apenas durante o período de tempo de permanência na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) não permite nenhum acompanhante ou doula.</p> <p>( ) PACIENTE      ( ) RESPONSÁVEL – Neste caso, preencher grau de parentesco.</p> <p>Nome Legível: _____</p> <p>Assinatura: _____</p> <p style="text-align: right;">Aracaju, ____/____/20____</p>