|  |
| --- |
| **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** |
| 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.  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.  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. |

|  |
| --- |
| **DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL** |
| Autorizo a DOULA:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a acompanhar todo o período periparto da gestante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme normas institucionais.  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.  ( ) PACIENTE ( ) RESPONSÁVEL – Neste caso, preencher grau de parentesco.  Nome Legível:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Aracaju,\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |