

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	Preencher quando não houver etiqueta Nome da paciente:
	ACOMPANHAMENTO DE PARTO POR DOULA	

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____