



Termo de Autorização da Gestante para Atuação da Enfermeira Obstétrica

Eu, _____, autorizo a Enfermeira Obstétrica _____, devidamente cadastrada no Hospital Universitário de Maringá, a participar do meu trabalho de parto, parto e pós-parto. Declaro que estou ciente que o pagamento dos serviços privados de assistência prestados pela Enfermeira Obstétrica durante todo o meu período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato foi por mim livremente contratado e serão de minha responsabilidade.

Maringá, ____ de _____ de _____

Gestante ou responsável



Carta de Apresentação da Enfermeira Obstétrica

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ RG: _____ CPF: _____

Nacionalidade: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

–

Telefones: _____

E-mail: _____

Maringá, _____ de _____ de _____



Termo de ciência do Controle de Infecção Hospitalar

Eu, _____ declaro que recebi as orientações abaixo sobre o controle de Infecção Hospitalar.

Orientações recebidas:

- Paramentação em setores privativos (CCo): máscara, touca e roupa privativa fornecida pelo HUM.
- Vestimentas: calçado fechado e com solado não escorregadio, roupas apropriadas ao ambiente hospitalar.
- Assepsia das mãos: sempre antes e após contato com a paciente.
- Proibido uso de adornos: anéis, alianças, pulseiras, colares e brincos.
- Unhas: curtas com esmalte íntegro.
- Cabelos: se longos, manter presos.

Maringá, ____ de _____ de _____

Enfermeira Obstétrica



Termo de Conduta de Atuação de Enfermeira Obstétrica

Este termo tem por objetivo estabelecer a relação entre a presença da Enfermeira Obstétrica e sua atividade com o Serviço de Obstetrícia do Hospital Universitário de Maringá. Para atuar no acompanhamento às parturientes e puérperas nos setores de Pronto-atendimento, Ginecologia e Obstetrícia e Centro Cirúrgico, a Enfermeira Obstétrica autônoma deverá estar cadastrada e assumir o compromisso em seguir as Normas e Rotinas de Funcionamento da Instituição. Entendo que a minha atuação como Enfermeira Obstétrica não deverá impedir a presença de outro acompanhante de livre escolha da gestante conforme Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005 e/ou da doula (lei estadual nº 21053/2022). Declaro ter conhecimento das normas e rotinas de funcionamento das unidades citadas. Esta é uma atividade ocupacional como prestação de serviços, de livre e total responsabilidade da parturiente que contratou os meus serviços. Somente poderei prestar a assistência com a concordância por escrito da gestante e uma vez firmado este aceite me apresentarei à equipe médica ou de enfermagem de plantão, me identificando. As atividades e funções por mim exercidas se restringirão nesta instituição às funções de Enfermeira Obstétrica, que é a profissional habilitada em curso para esse fim, oferecendo assistência à pessoa durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, visando uma melhor evolução desse processo e bem-estar da parturiente. Responsabilizo-me integralmente pelas atividades que exerci, isentando o hospital, médicos, equipe de enfermagem quanto a conduta praticada por mim. Sei que a entrada de objetos, instrumentos, óleos e outros líquidos, demais materiais e equipamentos, deverão obedecer a legislação sanitária vigente, com registro na ANVISA se o caso, prazo de validade e comprovação de terem sido submetidos a processo de limpeza e desinfecção a cada parto. Tenho ciência e concordo que o Hospital Universitário de Maringá oferece utilização de bola suíça, banho terapêutico de aspensão e banqueta de parto. Materiais como aparelhos de música, cremes, óleos relaxantes, e demais materiais utilizados no acompanhamento do período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, deverão ser por mim levados, devendo para tanto dar ciência plena à equipe assistencial quanto a estes. Comprometo-me a manter diálogo constante sobre as condutas com a equipe assistencial. Tenho ciência e concordo que havendo a necessidade de intervenção cirúrgica de qualquer ordem na parturiente e/ou recém-nascido, bem como em caso de intercorrência médica, estarei limitada somente a fazer ou continuar a assistência como apoio físico e emocional à parturiente e acompanhante. 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 atividade de Enfermeira Obstétrica perante o Hospital.

Declaro que li e compreendi este documento.

Maringá, ____ de _____ de _____

Enfermeira Obstétrica



Enfermeira
Obstétrica : _____

Rg: _____

Autorização : _____

Assinatura e carimbo