Termo de Autorização da Gestante para Atuação da Doula

Eu,_____, autorizo a Doula _____, 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 Doula 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

Universidade Estadual de Maringá
Hospital Universitário Regional de Maringá
PARANÁ GOVERNO DO ESTADO

Carta de Apresentação da Doula

Nome:_____
Data de Nascimento: ___/___/_____ RG:_____
CPF: _____ Nacionalidade:_____
Endereço:_____
Cidade:_____Estado:_____CEP:_____
Telefones:_____
E-mail:_____
Possui outra profissão: SIM ( ) NÃO ( )
Qual:_____

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 _____

_____

Doula

Termo de Conduta de Atuação de Doula

Este termo tem por objetivo estabelecer a relação entre a presença da Doula e sua atividade com o Serviço de Obstetrícia do Hospital Universitário de Maringá. Para atuar no acompanhamento as parturientes e puérperas nos setores de Pronto-atendimento, Ginecologia e Obstetrícia e Centro Cirúrgico, a Doula autônoma deverá estar cadastrada e assumir o compromisso em seguir as Normas e Rotinas de Funcionamento da Instituição. Entendo que a minha atuação como Doula não deverá impedir a presença de outro acompanhante de livre escolha da gestante conforme Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Declaro ter conhecimento das normas e rotinas de funcionamento das unidades citadas. Comprometo-me a cumpri-las e não interferir nas condutas e rotinas obstétricas desta Instituição. 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. Tenho ciência que prestarei assistência emocional e psicológica a parturiente. Declaro que fui informada e tenho conhecimento que é proibido a minha interferência na conduta médica, de enfermagem e demais membros da equipe, mesmo eu tendo formação profissional na área de saúde. Sei que os cuidados de assistência ao parto são da equipe médica, de enfermagem e de outros profissionais que forem necessários neste momento, tendo estes a autonomia e autoridade para tomar decisões clínicas cabíveis, em conjunto com a parturiente. As atividades e funções por mim exercidas se restringirão nesta instituição às funções de Doula, que é a profissional habilitada em curso para esse fim, oferecendo apoio físico e emocional à pessoa durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, através de suporte contínuo, visando uma melhor evolução desse processo e bem-estar da parturiente. Entendo que não posso realizar atos médicos ou de enfermagem, tais como, e não só: indicar ou realizar exames, aferir pressão; avaliar a progressão do trabalho de parto; monitorar batimentos cardíacos fetais; avaliar dinâmica uterina; realizar toques vaginais; manobras; orientar quanto a procedimentos médico hospitalar; utilizar ou manusear equipamentos médicos, cirúrgicos, de monitoramento, enfermagem e/ou ministrar medicamentos, bem como qualquer orientação diversa daquela dada pela equipe médica ou de enfermagem, responsabilizando-me integralmente pelas atividades que exerci, isentando o hospital, médicos, equipe de enfermagem quanto a conduta por mim praticada. Sei que a entrada de objetos, instrumentos, óleos e outros líquidos, demais materiais 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 Hospital Universitário de Maringá oferece utilização de bola suíça, banho terapêutico de aspersão 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, ainda, a suspender, a qualquer momento, atividades que não esteja contribuindo para o parto, atendendo a solicitação da 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 de doulagem. 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 Doula perante o Hospital.

Declaro que li e compreendi este documento.

Maringá, ____ de _____ de _____

_____

Doula

DOULA CADASTRADA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ

HUM

Foto

Doula :

Rg:

Autorização :

Assinatura e carimbo