



**FICHA DE CADASTRO DE DOULAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA**

Nome completo: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço completo: _____

Telefones para contato: () _____ () _____

Email: _____

Possui outra profissão: () Não () Sim Qual: _____

Documentação necessária (anexar ao cadastro):

- Fotografia 3x4;
- Cópia do certificado de formação em Curso de Doula;
- Cópia de documento com foto;
- Cópia do comprovante de residência.

Observação: Após análise documental, a instituição poderá manter, revogar ou solicitar ajustes e complementações ao pedido de atuação.



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DIREITOS E DEVERES DA DOULA E RESPONSABILIDADES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA

Este documento tem como finalidade formalizar a atua o da Doula nas dependências do Hospital Universitário São Francisco de Paula, comprometendo-se ao cumprimento integral das normas institucionais, bem como da legisla o municipal vigente, em especial a Lei Municipal n.  7.249 de 21 de novembro de 2023, que dispõe sobre a presença de Doulas nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares e cong neres das redes públicas e privadas, no período de pré-natal, trabalho de parto e pós-parto imediato no Município de Pelotas.

COMPROMISSOS E NORMAS:

1. A Doula se compromete a atuar conforme todas as normas, rotinas e protocolos definidos pelo Hospital Universitário São Francisco de Paula;
2. Toda conduta clínica referente às gestantes internadas   de responsabilidade exclusiva da equipe médica assistente. Qualquer tentativa de interferência, por parte da Doula, em prescri oes, decisões clínicas ou orienta oes da equipe de saúde será considerada falta grave, sujeita a san oes  ticas;
3.   vedada a realiza o de qualquer procedimento técnico ou clínico por parte da Doula, ainda que a mesma possua forma o na área da saúde. Este ato, caso realizado, configura exercício ilegal da profissão;
4. Não   permitido a divulga o de imagens do interior do hospital ou informaçoes sobre pacientes, ou profissionais, por meio digital, impresso ou em redes sociais;
5. A Doula deverá apresentar, por escrito, a descri o dos métodos e técnicas que pretende utilizar durante o acompanhamento, bem como um plano de atua o detalhado. Este documento será anexado ao prontuário da paciente;
6.   obrigatória a apresenta o do Termo de Consentimento da gestante, autorizando a atua o da Doula o qual deverá ser assinado em sua entrada no Hospital junto ao setor de Internat o;
7. A Doula não possui vínculo empregatício com o Hospital São Francisco de Paula, bem como o hospital não tem rela o com qualquer transa o financeira entre a doula e a paciente;
8. Em situa oes específicas, como de risco epidemiológico ou de complica oes clínicas, o acesso   Doula poderá ser restrito, conforme avalia o da equipe de saúde do Hospital;
9. A Doula deverá seguir as orienta oes dos profissionais responsáveis e não poderá interferir nas decisões médicas ou de enfermagem;
10. O acompanhamento poderá ser interrompido a qualquer momento, caso se verifique conduta inadequada ou descumprimento das normas institucionais;
11. O registro formal e o treinamento de acolhimento   pré-requisito obrigatório para o exercício da atividade de Doula dentro da institui o;



12. O hospital reserva-se ao direito de revogar, a qualquer momento, a autorização de atuação da Doula, especialmente diante do não cumprimento das normas ou em casos de interferência nas decisões clínicas, ou no bom funcionamento das unidades de obstetrícia;
13. Sempre que convocada, a Doula deverá comparecer para receber instruções sobre as normas e procedimentos do hospital
14. A instituição reserva-se ao direito de revogar, a qualquer momento, as diretrizes estabelecidas neste documento.

Eu, _____, CPF n.º _____, declaro estar ciente das diretrizes descritas acima, relativas à minha atuação no Hospital Universitário São Francisco de Paula. Comprometo-me a respeitá-las integralmente, não interferindo nas condutas médicas e nas rotinas assistenciais da instituição. Declaro ainda que não mantenho qualquer vínculo empregatício com o hospital ou com os seus profissionais, caracterizando esta atividade como prestação de serviço contratada pela paciente.

Pelotas, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Doula

