TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ACOMPANHAMENTO POR DOULA

Este documento tem como finalidade formalizar a atuação da Doula nas dependências do Hospital Universitário São Francisco de Paula, garantindo o cumprimento integral das normas institucionais, bem como da legislação municipal vigente, qual seja, Lei n.º 7.249 de 21 de novembro de 2023, que dispõe sobre a presença de doulas nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares e congêneres das redes públicas e privada, no período de pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no Município de Pelotas.

DIRETRIZES:

a) A Doula não possui vínculo empregatício com o Hospital Universitário São Francisco de Paula;
b) Em situações específicas, como risco epidemiológico ou complicações clínicas, o acesso à Doula poderá ser restrito, conforme avaliação da equipe de saúde;
c) A Doula deverá seguir as orientações dos profissionais responsáveis e não poderá interferir nas decisões médicas ou de enfermagem;
d) O acompanhamento poderá ser interrompido a qualquer momento, caso se verifique conduta inadequada ou descumprimento das normas institucionais;
e) A instituição reserva-se ao direito de revogar, a qualquer momento, as diretrizes estabelecidas neste documento.

Declaração da Doula:

Eu,_____,
portadora do RG n.º_____ e CPF n.º _____, residente no endereço_____,
declaro que estou a prestar acompanhamento à paciente _____,
por solicitação desta, durante o período de sua internação, abrangendo as fases pré-parto, trabalho de parto, parto e o pós-parto imediato nas instalações do Hospital Universitário São Francisco de Paula.

Afirmo estar plenamente informada sobre as normas, protocolos e rotinas da instituição, assim como das diretrizes que regulamentam a atividade da Doula no Município de Pelotas e assumo o compromisso de cumpri-las integralmente, atuando de forma colaborativa e respeitosa com a equipe de saúde, sem interferir em decisões clínicas ou condutas assistenciais.

Reconheço, também, que minha atuação é voluntária e desvinculada de qualquer relação contratual ou laboral com o hospital, ou com os seus profissionais, caracterizando-se como um serviço prestado exclusivamente à gestante, sem gerar qualquer tipo de obrigação financeira à instituição.

Pelotas,_____, _____, _____.

_____
Assinatura da Doula

Declaração da Gestante:

Eu, _____, gestante, portadora do CPF n.º _____, declaro, de forma livre e esclarecida, que desejo ser acompanhada durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato pela Doula _____, por mim escolhida.

Tenho ciência de que a presença da Doula é complementar ao acompanhamento da equipe de saúde da instituição, e que a sua atuação visa oferecer suporte emocional, físico e informativo, sem realizar procedimentos médicos, clínicos ou de enfermagem.

Por fim, declaro estar ciente de todos os pontos mencionados e autorizo formalmente a entrada e o acompanhamento da Doula acima identificada durante a minha permanência no Hospital Universitário São Francisco de Paula.

Pelotas,_____, _____, _____.

_____
Assinatura da Gestante