**Termo de autorização, consentimento e responsabilidade de**

**assistência emocional e psicológica ao parto (Doula).**

**PARTURIENTE:**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

inscrita no CPF sob o nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e portadora da Célula de Identidade de

nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascida em \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliada na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade/estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a DOULA abaixo identificada a prestar assistência emocional e psicológica durante o meu pré-parto, parto e pós-parto imediato e declaro que estou ciente quanto as suas responsabilidades e funções descritas abaixo.

**DOULA:**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

inscrita no CPF sob o nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e portadora da Célula de Identidade de

nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascida em \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliada na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade/estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, já devidamente cadastrada perante o HOSPITAL DONA HELENA para prestar atendimento, declaro para todos os fins de fato e de direito, que:

**1. RESPONSABILIDADES DA DOULA**

**1.1.** Possuo qualificação e estou habilitada para prestar assistência emocional e psicológica, na qualidade de doula no parto da parturiente.

**1.2.** Prestarei assistência emocional e psicológica à parturiente, ficando **vedada qualquer atividade e/ou conduta que interfira no atendimento médico e de enfermagem**, tais como:

1. Aferir pressão arterial;
2. Avaliação da progressão do trabalho de parto;
3. Monitoramento de batimentos cardíacos fetais;
4. Administração de medicamentos;
5. Indicar ou realizar exames;
6. Orientar quanto a procedimentos médicos-hospitalares;
7. Utilizar ou manusear equipamentos médicos/cirúrgicos;
8. Qualquer orientação divergente daquela fornecida pela equipe médica e de enfermagem.

**1.3.** Seguirei rigorosamente as recomendações da equipe médica e de enfermagem, comprometendo-me a garantir a segurança e o bem-estar da parturiente.

**1.4.** Tenho ciência de que minha atuação está limitada ao suporte emocional e psicológico, não podendo intervir em condutas clínicas, médicas ou de enfermagem.

**1.5.** Tenho ciência e concordo que ficará a critério exclusivo da equipe médica e de enfermagem autorizar a entrada na sala de parto de aparelhos (ex: aparelhos de música), materiais (ex: cremes, óleos relaxantes e bola de exercícios físicos).

**1.6.** Estou ciente que não poderei trazer os instrumentos listados abaixo, pois, os mesmos serão disponibilizados pelo hospital:

1. Bola de exercícios físicos;
2. Banho terapêutico;
3. Bolsa de água morna;
4. Óleos/cremes de massagens.

**2. DISPOSIÇÕES GERAIS**

**2.1.** O Hospital Dona Helena reserva-se o direito de restringir ou impedir a permanência da doula nas dependências hospitalares **em caso de descumprimento das normas internas**.

**2.2.** A doula reconhece que sua atuação **não configura vínculo empregatício** com o Hospital Dona Helena, não havendo subordinação, habitualidade ou qualquer obrigação de pagamento por parte do hospital.

**2.3.** As partes elegem o foro da comarca de **Joinville - SC** para dirimir eventuais dúvidas oriundas deste termo.

Joinville, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Doula

**Anuentes:**

Parturiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsável pela internação (nome completo legível):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_