

Parto cesariano

Cobertura obrigatória quando atendidos os critérios abaixo:

- 1 - Cesária a pedido, desde que comprovado:
 - a. que a gestante recebeu todas as informações sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos, de forma pormenorizada;
 - b. que a gestante assinou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitadas as suas características socioculturais;
 - c. que a cesariana foi realizada a partir da 39ª semana de gestação, devidamente registrada em prontuário, com o cálculo realizado preferencialmente com base na ultrassonografia do 1º trimestre de gestação;
 - d. que o médico que realizará a cesariana tenha preenchido e assinado o “Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas”;
 - e. que o médico que realizará a cesariana tenha prestado à gestante os devidos esclarecimentos relativos às informações registradas no “Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas”;
 - f. que a gestante tenha lido e assinado o “Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas” (preenchido e assinado previamente pelo médico que realizará a cesariana);
 - g. que a cesariana eletiva a pedido foi autorizada previamente pela operadora, após análise da documentação comprobatória do cumprimento dos itens supracitados.

- 2 - Cesária programada por indicação materna ou fetal, independente da idade gestacional, desde que comprovado:
 - a. que o médico que realizará a cesariana tenha preenchido e assinado o “Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas”, especificando a condição clínica que ensejou a indicação do parto cesariano, de acordo com pelo menos uma das razões previstas no Formulário anexo;
 - b. que o médico que realizará a cesariana tenha prestado à gestante os devidos esclarecimentos relativos às informações registradas no “Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas”;
 - c. que a gestante tenha lido e assinado o “Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas” (preenchido e assinado previamente pelo médico que realizará a cesariana);

h. que a cesariana programada por indicação materna ou fetal foi autorizada previamente pela operadora, após análise da documentação comprobatória do cumprimento dos itens supracitados.

3 - Cesária por distocia ou outra intercorrência da gravidez, demonstrado em partograma ou relatório médico circunstanciado.

SUGERE-SE QUE A LISTA TENHA A SEGUINTE SEQUÊNCIA:

I Cesária programada por indicação materna ou fetal, independente da idade gestacional, desde que comprovado:

II - Cesária por distócia ou outra intercorrência da gravidez, demonstrado em partograma ou relatório médico circunstanciado.

III - Cesária a pedido, desde que comprovado:

ANEXO

FORMULÁRIO DE AGENDAMENTO DE CESARIANAS ELETIVAS

Nome do médico que realizará a cesariana: _____

CRM: _____

Data atual ___/___/___ Data Prevista da Internação/Cirurgia: ___/___/___

Nome da Gestante: _____

Idade: ___ Nº de Gestações: ___ Partos Vaginais: _____ Cesarianas: _____ Aborto: _____

Data Última Menstruação: ___/___/___ Data Provável Parto: ___/___/___

Data 1ª Ultrassonografia: ___/___/___ Idade Gestacional Atual: _____ semanas _____

dias Idade Gestacional Prevista na Data da Cirurgia: _____ semanas _____ dias

Tipo de intervenção: () Cesariana Primária () Cesariana de Repetição () Indução de Parto

Bishop Score: _____ (nas Induções)* *ver cálculo Bishop abaixo*

Razões para o agendamento da Cesariana (marque mais de uma se necessário):

Nível 1

- () 2 ou mais cesarianas anteriores
- () Pré-eclâmpsia / HELLP Síndrome
- () Descolamento placentário
- () Sangramento/Placenta marginal
- () Presença de Mecônio
- () Sofrimento Fetal - Cardiotocografia Alterada
- () Sofrimento Fetal – Perfil Biofísico Fetal (PBF) ou Doppler Alterado
- () Incisão uterina em T prévia
- () Cirurgia Fetal a céu aberto prévia
- () Miomectomia prévia
- () Condição clínica materna que impeça via baixa
- () Gestação múltipla
- () Apresentação Córmica
- () Apresentação Pélvica sem critérios para via baixa
- () Anomalia fetal que impeça TP ou via baixa
- () HIV materno com contagem viral positiva
- () Herpes Genital Materno com lesão ativa ou captura em cérvix positiva

Nível 2

- () Macrossomia fetal (Peso Estimado do Feto (PEF) > 4000 gramas) e idade gestacional > 39 semanas
- () Diabetes gestacional

Nível 3

- () Pós- Data com cérvix desfavorável
- () Fatores psicológicos – anexar avaliação psicóloga
- () Solicitação materna – cesárea a pedido
- () Cesariana anterior: paciente recusa prova de trabalho de parto e idade gestacional > 39 sem

- () Hidropisia Fetal/isoimunização
 - () Restrição de crescimento Fetal com Doppler ou
Cardiotocografia de Repouso (CTR) alterada
 - () Outra indicação baseado em evidências científicas (descrever):
-

Ass. Médico: _____ Carimbo:

Ass. Paciente: _____

Bishop Escore					
Escore	Dilatação	Apagamento (%)	Altura apresentação* (-3 to +3)	Consistência cervical	Posição Cervical
0	Fechado	0-30	-3	Firme	Posterior
1	1-2	40-50	-2	Médio	Posição Mediana
2	3-4	60-70	-1	Mole	Anterior
3	>5	>80	+1, +2	-	-

0 – 6: necessário preparo do colo com prostaglandina – 25 mcg. 6/6h

> 7: indução imediata com ocitocina

Obs: Se necessário, anexar relatório médico circunstanciado