

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO POR DOULA

IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE
Nome Completo:
Data de Nascimento:
CPF:
Telefone: ()

Eu, acima identificada, declaro, de forma livre e voluntária, que escolhi e autorizo a presença da doula abaixo identificada para me acompanhar durante meu atendimento obstétrico no Hospital Azambuja, incluindo, quando aplicável, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, observadas as condições clínicas, as normas institucionais e a legislação vigente.

IDENTIFICAÇÃO DA DOULA
Nome Completo:
Data de Nascimento:
CPF:
Telefone: ()

Declaro estar ciente de que:

1. A doula exercerá atividades de apoio físico, emocional e informacional, respeitando os limites de sua atuação profissional e as normas institucionais do Hospital Azambuja.
2. A presença da doula não substitui o acompanhante de minha livre escolha, quando assegurado pela legislação vigente.
3. A doula não integra a equipe assistencial do Hospital Azambuja e não poderá realizar procedimentos médicos, de enfermagem ou outros procedimentos privativos de profissionais de saúde, administrar medicamentos, manipular equipamentos médico-assistenciais ou interferir nas condutas técnicas da equipe.
4. Em situações de urgência ou emergência, poderão ser adotadas medidas temporárias necessárias para garantir minha segurança e a segurança do recém-nascido, de acordo com avaliação da equipe assistencial.
5. A doula deverá respeitar as normas institucionais relacionadas à segurança do paciente, controle de infecção, privacidade, confidencialidade, circulação nas dependências do hospital e demais regras aplicáveis.
6. Esta autorização poderá ser revogada por mim a qualquer momento, mediante manifestação verbal ou escrita, sem prejuízo à continuidade da minha assistência.

Declaro ainda que esta autorização representa minha vontade expressa de ser acompanhada pela profissional acima identificada, não constituindo renúncia a qualquer direito relacionado à minha assistência, segurança, privacidade ou autonomia.

Brusque/SC, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Paciente Nome: _____	Assinatura da Doula Nome: _____
--	---

Recebido pela Instituição por:	
Data:	Horário: