**TERMO DE CONDUTA DE ATUAÇÃO PARA FISIOTERAPEUTA OBSTETRA**

Este termo tem por objetivo estabelecer a presença e atribuições de fisioterapeutas obstetras no Serviço de Obstetrícia do Hospital Santa Casa de Maringá.

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Registro do Conselho Profissional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Declaro que possuo qualificação e estou habilitada para prestar assistência a parturiente durante o pré-parto, parto e pós-parto, em conformidade com a Resolução do COFFITO nº 401/2011 que “Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia na Saúde da Mulher”

Deverei entregar para a paciente anexar em sua carteira de acompanhamento pré natal o “Termo de autorização da Gestante para atuação da fisioterapeuta” autorizando a minha assistência. Neste Termo deverá constar: nome completo da paciente, CPF, ciência da assistência na qual fui contratada, assinatura e data. Não sendo necessária autenticação em Cartório.

Comprometo-me a cumprir e respeitar as normas, rotinas e protocolos da instituição e, as atividades e funções desempenhadas por mim nesta instituição se restringirão às funções de descritas neste termo. A assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto desempenhados por mim não acarretarão vínculo empregatício ou quaisquer custos à instituição.

Tenho ciência que não posso interferir na conduta médica, de enfermagem e demais membros da instituição, mas coloco-me à disposição para intermediar conversas entre a gestante e a equipe, se necessário.

Declaro que estou ciente que a paciente acompanhada por mim só poderá ser internada na instituição, exclusivamente, por um profissional médico. Comprometo-me a prestar assistência obstétrica de Fisioterapia no trabalho de parto de forma conjunta com a equipe, ficando vedadas quaisquer condutas que interfiram na assistência da equipe da instituição.

Estou informada que na ausência do médico assistente contratado pela paciente, a responsabilidade do trabalho de parto é do médico plantonista da Santa Casa, sendo ele responsável pelas condutas.

Comprometo-me a acionar imediatamente a equipe Medica e de Enfermagem em eventuais situações de urgência e emergência.

Estou ciente que em caso de intervenção cirúrgica ou intercorrências com a parturiente e/ou recém-nascido, a equipe poderá solicitar a suspensão da assistência desempenhada por mim, em prol do bem da paciente.

A assistência a parturiente exercidas por mim nesta instituição, deverão ser informadas constantemente a equipe de enfermagem, ao plantonista responsável e/ou médico assistente.

Os dados da assistência fisioterapêutica à gestante durante o pré-parto, parto e pós parto imediato, por meio de atendimento especializado contínuo realizados por mim, deverão ser registrados no PEP - Tasy disponibilizado pela instituição, sempre que realizados. Tenho ciência que devo comunicar imediatamente a equipe responsável a presença de quaisquer alterações.

Tenho conhecimento que é vedada interferência na conduta médica, de enfermagem e demais membros da instituição, mas coloco-me à disposição para intermediar conversas entre a gestante e a equipe, se necessário.

Estou ciente que não posso proibir a entrada dos profissionais da saúde (médico e equipe de enfermagem) para prestar assistência a paciente sempre que necessário.

Compreendo que a entrada de objetos, instrumentos, óleos e outros produtos, materiais e equipamentos, deverão cumprir a legislação sanitária vigente, dentro do prazo de validade e seguir os critérios de limpeza e desinfecção a cada atendimento.

Estou ciente que são vedados às Fisioterapeutas a realização de procedimentos privativos da equipe médica e de enfermagem, conforme regulamentos do Conselho Regional de Medicina (CRM) e do Conselho de Enfermagem (COREN), tais como:

* Realizar toques vaginais;
* Monitorar batimentos cardíacos fetais;
* Avaliar dinâmica uterina;
* Indicar ou realizar exames;
* Manusear equipamentos médicos e/ou cirúrgicos;
* Administrar medicamentos.

Responsabilizo-me plenamente por qualquer ato e/ou orientação exercidos por mim durante o pré-parto, parto e puerpério.

Estou ciente que a maternidade Santa Casa disponibiliza os equipamentos citados abaixo:

* Bola suíça
* Cavalinho
* Banqueta de parto

Demais materiais utilizados no acompanhamento do pré-parto, parto e pós-parto, são de minha responsabilidade, podendo adentrar no hospital:

* Aparelhos de música
* Cremes
* Óleos relaxantes
* Leque
* Rebozo
* Bolsa de água morna
* Aparelhos de T.E.N.S “transcutaneous electrical nerve stimulation” devidamente calibrados e com manutenção preventiva em conformidade.

**Fica vedada a entrada e utilização de materiais com risco de incêndio que necessite de uso de fósforo ou isqueiro.**

Tenho ciência da minha responsabilidade ética e concordo que o descumprimento das condições deste termo, poderá implicar em suspensão das minhas atividades nesta instituição e a depender sanções ética-profissional, civis e criminais.

Declaro que li e compreendi este documento.

**Maringá, ­­­­­\_\_\_\_\_, de ­­­­­\_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_.**

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

**Assinatura e carimbo**