**TERMO DE CONDUTA DE ATUAÇÃO PARA ENFERMEIRA OBSTETRA**

Este termo tem por objetivo estabelecer a presença e atribuições de enfermeiras obstetras (EO) 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 COFEN nº 516/2016, alterada pelas Resoluções do COFEN nº 524/2016 e nº 672/2021 que “*Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem*”

Deverei trazer e entregar para equipe de enfermagem do Bloco Materno em todos os atendimentos a Declaração escrita de próprio punho da paciente autorizando a minha assistência. Nesta Declaração 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 monitoramento de trabalho de parto de forma conjunta com a equipe, ficando vedadas quaisquer condutas que interfira 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.

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 de ausculta de batimentos cárdio fetais e toque vaginal 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.

Eventuais situações de urgência e emergência poderão ser desempenhadas pela EO de acordo com o Conselho de Enfermagem (COREN), no entanto, comprometo-me a informar imediatamente os profissionais da instituição e o médico responsáveis.

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 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

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

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

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**