

Termo de Ciência e Consentimento

Cirurgia Cardíaca

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____, declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado (a) que as cirurgias cardíacas estão indicadas para o tratamento de diversas patologias do coração incluindo mais frequentemente obstruções das artérias coronárias, disfunção das válvulas, dilatação da aorta e defeitos congênitos. O tratamento cirúrgico dessas patologias é indicado para o alívio de sintomas refratários e para melhora da sobrevida, quando os resultados do tratamento com remédios ou procedimentos menos invasivos são inferiores à cirurgia;

Entendi que quase todos esses procedimentos exigem a utilização de circulação extracorpórea (CEC), a qual consiste em um artifício utilizado para substituir a função do coração e do pulmão durante o procedimento, mantendo o fluxo adequado de sangue para os órgãos enquanto o coração estiver parado;

Entendi também que o acesso às estruturas do coração é feito através de cortes de tamanhos e localizações variadas a depender do objetivo da cirurgia e da técnica empregada;

Estou ciente de que em procedimentos de grande porte e alta complexidade como as cirurgias cardíacas podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, arritmias e disfunções de múltiplos órgãos, as quais podem levar à internação prolongada, incapacidade temporária ou permanente, e até ao óbito;

Estou ciente também de que entre as complicações mais graves, apesar de infrequentes, estão o derrame ou AVC, a disfunção dos rins necessitando diálise, a infecção profunda da ferida cirúrgica e os distúrbios da coagulação levando a sangramentos intensos. Compreendi que os riscos de óbito e dessas complicações variam com o perfil clínico de cada paciente, e que a frequência com que ocorrem pode ser apenas estimada pelo médico;

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor;

Compreendi que apesar da alta probabilidade de sucesso, não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos;

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão apresentar-se outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergências que necessitem mudanças e adaptações do procedimento proposto;

Fui informado (a) que, quando a cirurgia cardíaca é indicada, as alternativas de tratamento são em geral menos eficientes ou inexistentes. Existem normalmente duas alternativas ao tratamento cirúrgico: medicações e procedimentos percutâneos menos invasivos como a angioplastia. Fui informado (a) também sobre as consequências de não realizar o procedimento da forma indicada.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

Autorizo a realização de filmagens / fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital Córdio Pulmonar;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Nome do médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____