

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CIRÚRGIA CARDIOVASCULAR

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">Cole aqui a etiqueta</div> Nome: _____ RH: _____ DN: ___/___/___ (Preencher somente na ausência da etiqueta)	Nome: _____ _____ Grau de Parentesco: _____ RG: _____ Telefone: (____) _____

- 1) Fui informado (a) pelo médico de que as avaliações e os exames realizados revelaram a (s) seguinte (s) alteração (ões) e diagnósticos de meu estado de saúde:

- 2) Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado (a) sobre riscos e / ou benefícios de não ser tomada atitude terapêutica diante da natureza da (s) enfermidade (s) diagnosticada (s).
- 3) Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecções, problemas neurológicos, respiratórios e circulatórios. As principais complicações associadas especificamente à cirurgia cardiovascular são as seguintes: Infarto do miocárdio, arritmias graves, acidente vascular cerebral, complicações vasculares, insuficiência renal, insuficiência respiratória, infecção local na ferida operatória e generalizada, hemorragia e óbito.
A proporção de cada complicação é dependente do tipo de doença e cirurgia, sendo explicações discutidas em cada caso individualizado.
- 4) Estou ciente de que para realizar o (s) procedimento (s) acima especificado (s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e os fármacos anestésicos, serão de indicação exclusiva do médico anestesista.
- 5) Estou ciente de que para realizar o (s) procedimento (s) acima especificado (s), será necessário à transfusão de sangue (hemocomponentes) intra ou pós-operatória. A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situações de anemias graves ou hemorragias, ou em decorrência de procedimentos cirúrgicos. Apesar de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente, e por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis, como febre, calafrios e alergia, geralmente leves e tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismos que podem não ser detectados através desses exames.
- 6) Por livre iniciativa autorizo que o (s) procedimento (s) seja (m) realizado (s) da forma como foi exposto no presente termo, excetuando-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais as quais deverão ser resolvidas e conduzidas de acordo com a concretude singular de cada evento. Esta autorização é dada à equipe médica composta por cirurgiões cardiovasculares, cardiologistas, anesthesiologistas e intensivistas bem como a seus associados e/ou outro

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CIRÚRGIA CARDIOVASCULAR

(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.

- 7) Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao (s) procedimento (s), e após ter lido e compreendido, consinto a equipe médica supra identificada a realizar o (s) procedimento (s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos e conhecimentos na atualidade disponíveis no local onde se realiza o (s) tratamento (s).

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que **A CIRÚRGIA CARDIOVASCULAR** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **CIRÚRGIA CARDIOVASCULAR** proposta.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: _____

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável