

Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimentos Específicos Cirurgia do Defeito Septo Atrioventricular

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) e/ou cirurgia(s):

Cirurgia do Defeito do Septo Atrioventricular

- 1- Tive acesso à política de Direitos e Deveres dos Pacientes e Familiares do Hcor.
- 2- Ao recomendar esta cirurgia seu médico pesou os riscos e benefícios deste procedimento em relação aos riscos e benefícios de não indicar este procedimento e ele acredita que há um benefício evidente para realizá-lo neste caso.
- 3- Os principais riscos deste procedimento são:

Riscos e complicações mais comuns (maior que 5%)

- Arritmia cardíaca com necessidade de marcapasso temporário.
- Insuficiência respiratória requerendo reintubação.
- Quilotórax (presença de gordura no líquido pleural).
- Insuficiência respiratória prolongada.
- Hipertensão Pulmonar
- Derrame pleural
- Arritmias cardíacas sujeitas a tratamento com medicamentos.

Riscos e complicações menos comuns (menor que 5%)

- Insuficiência cardíaca
 - Reoperação não relacionada com sangramento.
 - Sepses.
 - Abertura do esterno não planejada.
 - Pneumonia.
 - Hipertensão pulmonar.
 - Arritmias podendo requerer marcapasso definitivo.
 - Pneumotórax.
 - Suporte mecânico ao coração
 - Convulsões
 - Sangramento exigindo reoperação.
 - Infecção ferida cirúrgica superficial
- 4- De acordo com o item VI desta política, a proposta da cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicadas. Tive a oportunidade de perguntar e esclarecer minhas dúvidas. Tais perguntas foram respondidas de forma satisfatória e minhas dúvidas esclarecidas. Entendo que não existe garantia absoluta sobre resultados a serem obtidos.
 - 5- Autorizo qualquer outro procedimento, cirurgia, tratamento ou exame que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
 - 6- Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido(s) durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, quando necessário esclarecimento diagnóstico e implicações terapêuticas.

7- Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens citados neste documento.

Nome legível: _____

Identidade nº: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

De acordo com a política de direitos do paciente e familiares o Hcor, expliquei de forma clara, objetiva e compreensível todo o procedimento cirúrgico e que o(a) paciente e/ou responsável, seus benefícios, riscos e complicações potenciais e alternativas, tendo respondido às perguntas que me foram formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura: _____

Bibliografia: Ann Thorac Surg . 2014 May;97(5):1838-49; discussion 1849-51. doi: 10.1016/j.athoracsur.2013.12.037. Epub 2014 Mar 27