

Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimentos Específicos Estudo Eletrofisiológico e/ou Ablação por Cateter

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

- 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 no seu caso.
- 3- Como qualquer procedimento invasivo existem riscos inerentes e que devem ser observados e comunicados.

Riscos e complicações mais comuns e suas taxas de incidência:

- Vasculares relacionadas aos locais de punção (0,2 a 1,5%): hematomas, fistula arterio-venosa e pseudoaneurismas que podem requerer intervenção e prolongar sua permanência no hospital.
 - Bloqueio Atrioventricular total (1 a 1,4%) podendo requerer marcapasso temporário ou definitivo.
 - Infarto Agudo do miocárdio (0,14%)
 - Danos na Valva Mitral (0,7%) que podem ocorrer em ablação de arritmias ventriculares.
 - Derrame pericárdico, perfuração cardíaca e tamponamento cardíaco podem ocorrer (0,2 a 5%) e requer drenagem pericárdica ou mesmo cirurgia aberta.
 - Pericardite (0,1 a 0,6%).
 - Isquemia cerebral transitória e AVC embólico (0 a 2,7%)
 - Estenose de veias pulmonares mais frequente pelas técnicas mais antigas e hoje raro.
 - Fistula atrial esofágica, fistula atrial pericárdica e hematoma esofágico (0,27%).
- 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: _____