

Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimentos Específicos Implante de Marcapasso

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

- Tive acesso à política de Direitos e Deveres dos Pacientes e Familiares do Hcor.
- Recomendando 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.

Os principais riscos gerais deste procedimento são (maior que 5 %):

- Hematoma no local da inserção do marcapasso.

Riscos incomuns e complicações (1-5%)

- Deslocamentos do eletrodo do marcapasso, podendo ser necessário coloca-lo no lugar novamente repetindo o procedimento.
- Hematomas maiores principalmente se o paciente está em uso de medicamentos que interferem na coagulação (Aspirina, Varfarina, Clopidogrel, etc.)
- Falha do aparelho ou do próprio eletrodo podendo haver nova intervenção.
- Infecção no sitio do marcapasso, sendo necessário antibióticos ou mesmo remoção do aparelho

Riscos raros e complicações (menor que 1%).

- Pneumotórax podendo ser necessário a colocação de um tubo para drenagem do ar.
- Trombose da veia subclávia.
- Trombose de artérias pulmonares.
- Perfuração do musculo cardíaco ou lesões em válvula cardíaca.
- Óbito por doenças associadas ou devido ao procedimento.

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.

- 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.
- Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido(s) durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, quando necessário esclarecimento diagnóstico e implicações terapêuticas.
- **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: _____