

Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimentos Específicos Revascularização do Miocárdio e/ou Cirurgia Valvular

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- 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.
- 3- Os principais riscos deste procedimento são:
Riscos e complicações mais comuns (maior que 5%)
 - Sangramento da ferida ou da cavidade torácica e isto pode requerer transfusão sanguínea.
 - Alterações do ritmo cardíaco que são usualmente temporárias e vão necessitar de medicamentos.
 - Dificuldade de concentração, memória e leitura, podendo ocorrer por poucas semanas após a cirurgia.
 - Dor na parede do tórax que pode ser temporária e melhorar após a cirurgia.
 - Falta de ar e cansaço poderá ocorrer e pode ser temporária ou durar após a alta.
 - A ferida pode não cicatrizar normalmente, ela pode engrossar após 1-2 meses e ficar vermelha podendo doer. (queloide)
 - Dormência do lado esquerdo do peito devido a utilização da artéria mamária.
 - Coágulo sanguíneo na perna (TVP) causando dor e inchaço. Em casos raros, parte do coágulo pode soltar e ir para os pulmões.**Riscos e complicações menos comuns (menor que 5%)**
 - Colapso pulmonar. Ocasionalmente, um dreno será colocado entre as costelas para remover o ar ou fluido do tórax para melhorar a respiração. Isso é mais comum em fumantes ou aqueles com doenças pulmonares prévias.
 - A insuficiência renal é provável em pacientes que têm problemas renais existentes. Isso pode exigir diálise.
 - Infecção no tórax, no osso esterno, sangue, perna ou feridas no braço. Isso exigirá antibióticos.
 - Pode haver um infarto do miocárdio que pode ser leve ou mais sério.
 - Pode haver um bloqueio nos enxertos vasculares do coração por formação de coágulos e exigir nova cirurgia ou apenas uso de medicamentos.
 - Insuficiência respiratória requerendo maior tempo no respirador com tratamento medicamentoso ou traqueostomia.
 - Mudanças no ritmo cardíaco podendo necessitar de marcapasso temporário ou definitivo.
 - Endocardite Bacteriana. Esta é uma infecção do revestimento interno do coração, incluindo as válvulas, sendo uma condição séria que exigirá um longo período de antibióticos.
 - Pode ocorrer um derrame (acidente vascular cerebral) que pode causar incapacidade de grau variado de acordo com a área do cérebro acometida.
 - Pode ocorrer óbito.
- 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.

Termo de Consentimento para cirurgia de Revascularização do Miocárdio e/ou Valvar

- 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: _____