

Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimentos Específicos Cirurgia Cardíaca Fetal

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.
- 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.
- Seu bebê apresenta um tipo de cardiopatia considerada complexa e grave, cuja evolução sem intervenção na fase uterina evolui de forma desfavorável e com consequências mais importantes para a criança, tais como:
 - Óbito fetal (dentro do útero)
 - Insuficiência cardíaca com acúmulo de líquidos no organismo (hidropisia fetal)
 - Piora do tamanho do coração do lado esquerdo e/ou direito
 - Problemas pulmonares
 - Óbito precoce após o nascimento

As intervenções no bebê, ainda dentro do útero, são feitas geralmente entre a 22ª e 32ª semana de gestação com toda a tecnologia hoje disponível no hospital para que este procedimento alcance seus objetivos esperados, melhorando assim as chances de recuperação da criança já na fase fetal.

Outros procedimentos complementares poderão ser necessários também após o nascimento.

Por ser um procedimento de alta complexidade, há riscos e complicações possíveis, sendo os mais frequentes citados a seguir:

Riscos e complicações mais comuns:

- Infecção dentro do útero
 - Reações à anestesia fetal
 - Hemorragia interna
 - Acúmulo de líquido em volta do coração do feto (derrame pericárdico) (maior que 50%)
 - Acúmulo de líquido em volta dos pulmões (derrame pleural) (10 a 30%)
 - Colapsos pulmonares pequenos (atelectasias)
 - Arritmias fetais (mais raro)
 - Repetição do procedimento mais tarde, na gestação, caso o resultado não seja satisfatório.
 - Trombose venosa em membros inferiores da mãe podendo ou não causar embolia pulmonar.
 - Desencadeamento de parto prematuro (menor que 2%)
 - Óbito fetal (em 7 a 15 %)
- 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.

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: _____