

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA CARDÍACA

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ N° CRM: \_\_\_\_\_

## Qualificação do Paciente:

Nome: \_\_\_\_\_

Nascido em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ CPF.: \_\_\_\_\_

## Qualificação do Responsável Legal: (Na hipótese de paciente menor de idade ou incapaz de manifestar sua vontade)

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: Logradouro: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Por meio do presente instrumento, o médico informa e esclarece o paciente quanto ao diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento; além de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal para a realização de todos os procedimentos necessários, atendendo assim os arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica<sup>1</sup>, os arts. 6º, inc. III, e 9º da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor)<sup>2</sup> e art. 15 da Lei 10.406/2002 (Código Civil)<sup>3</sup>.

Declaro para os devidos fins que fui previamente informado(a) sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento cirúrgico designado a cirurgia CARDÍACA e todos os procedimentos que o incluem como: condutas anestésicas, retirada de materiais para ser enviado para análise para fins diagnósticos e de tratamento, podendo o profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o médico (a), segundo o código de ética médica, apresentou os métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre o procedimento a serem adotados no tratamento sugeridos e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** As doenças cardíacas podem ser de origem congênitas ou adquiridas: Insuficiência coronariana aguda e crônica, aneurisma e dissecação da aorta, valvopatias (Mitrál, Aórtica, Tricúspide e Pulmonar), defeitos de má formação cardíaca e arritmias. As indicações cirúrgicas se dão:

A) Intratabilidade clínica: impossibilidade de conviver com a doença devido ao risco de morte

B) Melhora da qualidade de vida do paciente

C) Casos de urgência: instabilidade hemodinâmica e risco iminente de vida **CIRURGIAS QUE PODEM SER REALIZADAS:** Revascularização do Miocárdio, Plastia ou troca valvar (Mitrál, Aórtica, Tricúspide, Pulmonar), Correção de dissecação ou aneurisma da aorta, correção anatômica dos defeitos cardíacos congênitos, implante de marcapasso. As vias de acessos cirúrgicos são por incisão mediana, toracotomia lateral e por mini acesso em casos específicos.

**COMPLICAÇÕES:** Complicações imediatas: óbito, sangramento pós-operatório, arritmias cardíacas, infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico (derrame), disfunção renal, hemorragias digestivas bem como distúrbios do trato digestivo, infecções (ferida operatória, pulmonar, urinária, corrente sanguínea), podendo se tornar muito graves mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte dos profissionais que vão cuidar do paciente e do hospital, além do germe e do sítio envolvido.

<b>Rubrica do Médico:</b>	<b>Rubrica do Paciente / Representante:</b>	<b>Rubrica da 1ª testemunha:</b>	<b>Rubrica da 2ª testemunha:</b>
---------------------------	---	----------------------------------	----------------------------------



# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA CARDÍACA

Complicações Tardias: Nos pacientes submetidos à Revascularização do Miocárdio pede haver oclusão das pontes por evolução da doença aterosclerótica. Nas cirurgias de valvas pode haver necessidade de novas cirurgias futuras dependendo do uso de próteses ou de plastias. No caso de implantes de marca-passo, os mesmos têm uma durabilidade devido à meia vida útil das baterias sendo necessária a troca do gerador de tempos em tempos. A Cirurgia Cardíaca exige um rigoroso controle no pós-operatório, durante praticamente toda a vida do paciente. Declara, ainda, ter lido todas as informações contidas no presente instrumento, as quais entenderam perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si ou ao paciente.

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento pode obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas sugeridos segundo seu julgamento. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre este procedimento, expresse meu pleno consentimento para sua realização.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

às \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos

1ª Via: Médico responsável | 2ª Via: Hospital Belo Horizonte | 3ª Via: Paciente / Responsável Legal

_____ Assinatura do Paciente ou seu Responsável Legal	_____ Assinatura do Médico Responsável
_____ Assinatura da 1ª Testemunha CPF: _____	_____ Assinatura da 2ª Testemunha CPF: _____

## Hipótese de Emergência – Impossibilidade de obter o Consentimento Informado

Declaro que, devido ao estado clínico emergencial do paciente, não foi possível seguir com o procedimento de Consentimento Informado. No esforço de afastar os riscos à vida do paciente, tomei os cuidados necessários, incluindo-se a transfusão de hemocomponentes e hemoderivados, com base em avaliação técnica.

Médico responsável: \_\_\_\_\_

CRM nº: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

<b>Rubrica do Médico:</b>	<b>Rubrica do Paciente / Representante:</b>	<b>Rubrica da 1ª testemunha:</b>	<b>Rubrica da 2ª testemunha:</b>
---------------------------	---	----------------------------------	----------------------------------



# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA CARDÍACA

**<sup>1</sup>Do Código de Ética Médica: É vedado ao médico: Art. 24.** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

**É vedado ao médico: Art. 34.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**<sup>2</sup>Da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor): Art. 6º** São direitos básicos do consumidor: III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; [...]

**Art. 9º** O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**<sup>3</sup>Da Lei 10.406/2002: Art. 15.** Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
--------------------	---	---------------------------	---------------------------

