

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MARCAPASSO

Nome do Médico: _____ Nº 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: _____ Nº: _____

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 Médica¹, os arts. 6º, inc. III, e 9º da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor)² e art. 15 da Lei 10.406/2002 (Código Civil)³.

Declaro para os devidos fins que fui previamente informado(a) sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento cirúrgico designado **MARCAPASSO CARDÍACO**. Apresentando métodos alternativos e sugerindo o seguinte tratamento médico cirúrgico: **MARCAPASSO CARDÍACO**.

DEFINIÇÃO: Procedimento que visa manter um número adequado de batimentos cardíacos através de um fio de estimulação e um aparelho de comando (gerador). CBHPM – 3.07.27.04.9.

PROVISÓRIO: Quando o aparelho (gerador) fica externo e permanece por alguns dias enquanto necessário;

DEFINITIVO: O gerador é implantado embaixo da pele por uma pequena cirurgia e ali permanece por toda vida.

INDICAÇÕES:

- Quando a frequência cardíaca é muito baixa e incapaz de manter fluxo sanguíneo para os órgãos vitais;
- Frequência cardíaca muito baixa e pode levar a outras arritmias graves com parada cardíaca.

COMPLICAÇÕES PÓS – OPERATÓRIAS:

- Relacionadas à punção da veia próxima ao coração para instalação do fio de marcapasso: hematomas, sangramentos, pneumotórax, infecção no local quando o fio provisório é necessário por muitos dias.
- Relacionadas ao comando ou estímulo: arritmia ventricular grave ou parada cardíaca no momento da instalação (raro).

INFECÇÃO HOSPITALAR: A Portaria nº 2.616/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), determinando aos hospitais a constituir a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos tendo como parâmetro o National Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção (NNIS), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito, conforme segue:

1. Cirurgias limpas (2%) – são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a ci-

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



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MARCAPASSO

urgia, não havendo penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;

2. Cirurgias potencialmente contaminadas (10%) – são aquelas que necessitam drenagem aberta, havendo penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;

3. Cirurgias contaminadas (20%) – são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação e sem supuração local. Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária;

4. Cirurgias infectadas (40%) – são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Confirmando expressamente que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos, sendo inclusive oportunizada a realização de perguntas e o esclarecimento de eventuais dúvidas e restando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Portanto, declaro expressamente que entendi e voluntariamente concordo em realizar a cirurgia.

Fui devidamente informado(a) e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata, e, portanto não podem ser conferidas quaisquer garantias, nem certeza quanto ao resultado do tratamento e da cirurgia. Declaro ter sido igualmente cientificado que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar os tratamentos e cirurgias inicialmente propostas. Neste caso autorizo expressamente e desde já que o(a) médico(a) adote as providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento técnico médico.

Declaro ainda que nada omiti em relação a minha saúde e solicito que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), autorizando expressamente a utilização das informações e dados contidos em qualquer época e a qualquer momento no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa ou prejuízo. Autorizo da mesma forma o acesso à minha ficha clínica que porventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive a solicitação de segunda via de exames laboratoriais, cardiológicos, raio-x e quaisquer outros existentes. Assim, devidamente informado e esclarecido, autorizo a realização do tratamento e da cirurgia propostos, expressando que as informações foram prestadas pessoalmente pelo médico(a), tendo entendido e aceito.

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: _____

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



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MARCAPASSO

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: _____

1º 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.

2º 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.

3º 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:
--------------------	---	---------------------------	---------------------------

