

**PACIENTE:**

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

Identidade N°: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

**REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:**

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

Identidade N°: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ Grau de Relacionamento: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:** \_\_\_\_\_

1. Declaro que o Dr. \_\_\_\_\_, CRM N° \_\_\_\_\_, informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou a suspeita diagnóstica) de \_\_\_\_\_, será conveniente e indicado o procedimento cirúrgico acima especificado.

2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes:

- **Complicações Imediatas:** Sangramento pós-operatórios, infecções graves, que podem exigir reoperações; arritmias cardíacas; acidente vascular cerebral (derrame); óbito; nos casos de correção de aneurismas ou dissecações da aorta torácica existe risco de paraplegia, no caso de implante de marcapasso definitivo pode haver perda de comando por deslocamento de eletrodos.
- **Complicações Mediatas:** em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, há risco de infecção e/ou deiscência na incisão do membro inferior de onde é retirada a veia safena.
- **Complicações Tardias:** Nos casos de insuficiência coronariana, pode existir a evolução da doença aterosclerótica, levando à oclusão de pontes; nos casos de valvopatias, dependendo o tipo de prótese empregada, poderá ser necessária nova cirurgia para troca desta prótese; nas plastias valvares, pode haver a longo prazo deteriorização da mesma, sendo necessária nova cirurgia. No caso de marcapasso, a vida útil do aparelho é limitada, sendo necessária troca do gerador. A cirurgia do coração exige seguimento rigoroso no pós operatório, durante toda a vida do paciente. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

3. Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia, inclusive transfusão de sangue ou hemoderivados.

4. Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiológico.

5. Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.

Elaborador:	DR. GUTEMBERG GUERRA	
Aprovador:	DRª LUCIENE MELO	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão: 31/01/2013	Revisão: 00	Data da Revisão: 31/01/2015

6. Assim, declaro que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre meu tratamento e o procedimento que serei submetido, sendo-me prontamente respondidas e esclarecidas todas as minhas dúvidas. Todavia, tendo em vista que a natureza da prestação dos serviços médicos é de meio, estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado.
7. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

**MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar)**

- ( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
- ( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por se tratar de situação de EMERGÊNCIA.

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico CRM N°

\_\_\_\_\_  
Médico CRM N°

**REVOGAÇÃO:**

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Responsável legal: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Elaborador:	DR. GUTEMBERG GUERRA	
Aprovador:	DRª LUCIENE MELO	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão: 31/01/2013	Revisão: 00	Data da Revisão: 31/01/2015