

PACIENTE:				ATENDIMENTO:		DATA:
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:		UNIDADE:		TEMPO INTERN:
CONVÊNIO:			PLANO:			

**- REVASCULARIZACAO MIOCARDIO -**

Por este instrumento, eu declaro que:

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo (a) médico (a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

**DIAGNÓSTICO:**

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

- REVASCULARIZACAO MIOCARDIO

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

**LATERALIDADE:**  DIREITA  ESQUERDA  BILATERAL  NÃO SE APLICA

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

Revascularização do miocárdio é uma técnica cirúrgica que restaura a circulação coronariana. Vasos sanguíneos retirados de outros pontos do corpo (pontes) são enxertados nas artérias coronárias adiante das obstruções criando vias alternativas para o fluxo de sangue e normalizando a irrigação do músculo cardíaco.

Procedimentos cirúrgicos como esse visam o tratamento da doença coronariana obstrutiva para melhora do funcionamento cardíaco e estabilização do quadro clínico do paciente. Podem ocorrer através de técnicas convencionais ou minimamente invasivas. A realização de tais procedimentos tem o objetivo de melhorar o estado de saúde de um paciente cuja irrigação sanguínea do coração apresenta-se gravemente comprometida.

Descrição adicional do procedimento:

**BENEFÍCIOS ESPERADOS**

Tais intervenções visam atingir melhor estabilidade clínica ao paciente como diminuição do risco de morte, de infarto, de novas internações subsequentes, redução do uso de terapia medicamentosa e também das limitações impostas pela doença com melhora da qualidade de vida

Benefícios esperados adicionais:

**ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO**

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao (a) médico responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente e consequentemente o óbito. Seriam elas o tratamento medicamentoso exclusivo ou o tratamento intervencionista realizado através de cateterismo com implante de stents coronarianos.

Tais alternativas não são recomendadas no meu caso por serem consideradas menos efetivas e seguras de acordo com as informações científicas correntes

Alternativas e consequências adicionais:

**RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO**

A decisão de se submeter à cirurgia/procedimento na grande maioria das vezes é pessoal e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

O paciente instável é aquele cujo estado hemodinâmico apresenta-se fora da adequação e depende de medidas de suporte invasivas. O paciente crítico é aquele que apresenta risco de descompensação e/ou estado fisiologicamente instável, ambos necessitam de constante vigilância e titulação contínua do tratamento de acordo com a evolução da sua doença.

A decisão de se submeter à cirurgia/procedimento na grande maioria das vezes é pessoal e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

Estou ciente de que em procedimentos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como infecção, problemas respiratórios e urinários, os quais podem levar à internação prolongada, incapacidade temporária ou permanente, e até ao óbito. Fomos esclarecidos sobre os riscos de uma cirurgia cardíaca que envolve abertura do tórax, e também aos riscos relacionados ao uso de circulação extracorpórea como:

- Hemorragia; infecção não só da incisão cirúrgica, mas também da prótese ou tubo que serão usados,
- Risco de infecção;
- Arritmias;
- Ocorrência de insuficiência renal aguda;
- Ocorrência de acidente vascular cerebral,
- Hipertensão (aumento da pressão) ou hipotensão (queda da pressão arterial) no pós operatório;
- Embolia pulmonar por limitação ao leito e aumento da coagulabilidade do sangue causada pelo estresse cirúrgico e circulação extracorpórea;
- Bloqueio cardíaco; disfunção cardíaca;
- Sangramento digestivo por aparecimento de lesões agudas no sistema gástrico e intestinal, como resposta ao estresse cirúrgico;

<b>PACIENTE:</b>				<b>ATENDIMENTO:</b>	<b>DATA:</b>
<b>NASCIMENTO:</b>	<b>IDADE:</b>	<b>SEXO:</b>		<b>UNIDADE:</b>	<b>TEMPO INTERN:</b>
<b>CONVÊNIO:</b>			<b>PLANO:</b>		

- Reação adversa a medicações necessárias para realizar a cirurgia;
- Síndrome inflamatória generalizada em resposta à agressão cirúrgica de grande porte e à circulação extracorpórea;
- Parada cardiorrespiratória e suas implicações;
- Óbito.

Também fui informado (a) da presença de possíveis complicações tardias, como oclusão das pontes por evolução da doença aterosclerótica. Declaro também que fui informado (a) de todos os cuidados e orientações como:

- Necessidade de permanência em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) de pós-operatório por no mínimo 48 horas após a cirurgia;
- Necessidade de entubação e ventilação mecânica pelo tempo que for necessário para recuperação adequada das minhas funções cardíaca e respiratória;

- Necessidade de permanência no hospital por pelo menos 7 dias após a cirurgia, e repouso domiciliar após alta por no mínimo um mes,
- E principalmente fomos alertados e orientados quanto a possibilidade de necessidade de usar anticoagulantes no caso de apresentar arritmias, sabendo que tenho o compromisso de aderir ao uso do anticoagulante, além de estar ciente de que verei fazer exames, no mínimo mensais, para averiguar o estado da anticoagulação), e sei que devo seguir estas orientações a fim de alcançar o melhor resultado.

Estou ciente que o tratamento não se limita à cirurgia, sendo que verei retornar ao consultório/hospital, tanto com o cirurgião quanto com meu cardiologista clínico, nos dias determinados, bem como informá-los, eu ou a minha família também devidamente esclarecida pela equipe médica, imediatamente sobre possíveis alterações / problemas que porventura possam ocorrer, sobretudo relacionada a sangramentos em qualquer sítio, dor torácica ou outros sintomas como: dor de cabeça, tontura, convulsões, perda de força muscular focal ou generalizada ou alterações do estado de consciência, falta de ar, palpitações (coração disparado).

Fui informado que os cateteres e próteses utilizados são submetidos a testes prévios, mas podem apresentar defeitos ou até sofrer fraturas, ocasionando reações adversas e lesões de ordem e graus variados, inclusive podendo vir a determinar a realização de uma cirurgia para remoção dos mesmos. Tais riscos, porém, são menores que 1%.

Tomei ciência que, na execução do procedimento proposto, estará presente o cirurgião e sua equipe, podendo ser solicitada a presença de outros especialistas, bem como de observadores do fabricante do equipamento e do material utilizado.

Compreendi que o procedimento/cirurgia é um dos tratamentos de escolha para a doença em questão, porém pode não ser a cura para tal condição.

Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Riscos potenciais adicionais:

## REABILITAÇÃO

Fui informado de que, após o procedimento/cirurgia, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação.

Estou ciente que processo de reabilitação pós-operatório é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais e do tratamento recebido, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações médicas e multiprofissionais, incluindo dieta e outras eventuais orientações nutricionais, para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica. O(A) médico(a) responsável discutiu e orientou as melhores técnicas de reabilitação.

Orientações adicionais de reabilitação:

## AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento.

Esta autorização é dada ao/à médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s).

Autorizo  Sim  Não, a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura. Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

PACIENTE:				ATENDIMENTO:	DATA:
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:		UNIDADE:	TEMPO INTERN:
CONVÊNIO:			PLANO:		

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (hh:min)

\_\_\_\_\_  
Paciente

ou

\_\_\_\_\_  
Responsável

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento.

**Representante / Responsável Legal:****Identidade:****Parentesco:****DECLARAÇÃO DO MÉDICO**

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador,