

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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):

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

CARD - CIRURGIA AORTA ASCENDENTE

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O tratamento, ora proposto, visa corrigir aneurisma e/ou dissecção aórtica, que são alterações na parede da aorta, que envolvem dilatação do calibre do vaso e/ou laceração de parte da parede de tal artéria, que será parcialmente substituída por um enxerto vascular sintético; há ainda a possibilidade de extensão do procedimento para além da aorta ascendente, com enxertos convencionais ou híbridos (convencional + endoprótese) além de troca de válvula aórtica, que pode estar comprometida pela lesão da aorta.

A cirurgia da aorta ascendente envolve, na maioria das vezes, o uso de circulação extracorpórea, que substitui temporariamente as funções do coração e pulmão, enquanto o procedimento principal é realizado; pode ser realizada por técnica convencional, envolvendo esternotomia total ou por via minimamente invasiva em casos selecionados; em alguns pacientes, a troca de aorta ascendente, necessita de complementação cirúrgica endovascular em um segundo tempo, pois trata-se de patologia que pode acometer mais de um segmento da aorta

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tais medidas visam estabilização clínica do paciente, com melhora do quadro de dor torácica, quando presente, redução de isquemias viscerais, no caso da dissecção aórtica, além da redução do risco de ruptura da aorta, que na maioria das vezes é incompatível com a vida.

Benefícios esperados adicionais:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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, sendo opções o Tratamento clínico conservador, com medidas farmacológicas, ou o Tratamento por via Endovascular, ressaltando que a cirurgia proposta, foi julgada por Equipe multidisciplinar como o mais adequado, no caso clínico em questão

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;
- 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 novas dissecções e ou aneurismas

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

em outros segmentos da aorta, "leaks" que são vazamentos da prótese e/ou em torno da mesma, infecções de prótese, necessitando de novas intervenções. Declaro também que fui informado (a) de todos os cuidados e orientações como:

- Necessidade de permanência em UTI 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 em torno de 7 dias após a cirurgia, e repouso domiciliar após alta, em torno de um mês
- E principalmente fomos alertados e orientados quanto a possibilidade de necessidade de usar anticoagulantes no caso de uso de prótese valvar mecânica, e fui adequadamente orientada(o) quanto as opções de prótese biológicas e mecânicas, tendo eu mesmo feito a opção de receber uma prótese mecânica, sabendo que tenho o compromisso de aderir ao uso do anticoagulante, além de estar ciente de que deverei 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 deverei retornar ao consultório/hospital, tanto com o Cirurgião como com meu Cardiologista clínico, nos dias determinados pelo médico, bem como informá-los, eu ou a minha família também devidamente esclarecida pela 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). É do nosso conhecimento que, em caso de cirurgia da aorta, há um elevado risco de ruptura e possibilidade de morte súbita, devido a fragilidade que pode se estender por toda a parede da aorta

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 consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. Métodos para auxiliar em uma recuperação mais rápida dependerão da evolução de cada paciente no pós-operatório, cabendo a mim seguir estritamente as

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

recomendações médicas e do nutricionista. O (A) médico responsável discutiu e orientou as melhores técnicas de reabilitação.

É indicada a realização de caminhadas diárias, de pelo menos 15 minutos, além de Fisioterapia Respiratória e Motora, que pode ser realizada tanto em domicílio, quanto em clínicas especializadas.

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 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.

--

[] SIM [] NÃO - Autorizo 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.

--

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 de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Paciente ou _____
Responsável

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

Nome: _____

RG: _____ Parentesco: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

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.

Assinatura e
Nome do Médico / CRM