

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 VALVAR CARDIACA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O tratamento ora proposto visa corrigir disfunção de valva cardíaca, que é a alteração em uma ou mais valvas do coração, podendo apresentar estreitamento, também chamado de estenose, ou insuficiência, que ocorre quando a válvula não se fecha por completo. As duas formas de defeito podem ocorrer em uma mesma valva ou em mais de uma valva cardíaca, ao mesmo tempo. a cirurgia visa reparar o(s) defeito(s) valvar(es) ou, quando o reparo não é possível, substituí-la por prótese valvar artificial. Existem próteses valvares mecânicas, feitas de material sintético, e próteses valvares confeccionadas com membranas de animais. a escolha da prótese a ser usada é feita pelo paciente, orientado pelo cardiologista e pelo cirurgião, de acordo com a sua idade e sua condição clínica. O tratamento cirúrgico de doença valvar envolve 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 ampla abertura do tórax através do osso esterno ou por via minimamente invasiva, através de pequenas incisões, em pacientes cujas particularidades anatômicas sejam favoráveis.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tais medidas visam estabilização clínica do paciente, com melhora do quadro insuficiência cardíaca secundária a disfunção valvar, que pode gerar desconfortos que limitam a atividade física ou, em casos graves, abreviar a vida; mas compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, das boas técnicas cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos

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, no entanto, essas medidas não levam a cura da doença subjacente. As deformações patológicas nas válvulas cardíacas só podem ser tratadas cirurgicamente; mas aos pacientes cuja estimativa de risco cirúrgico é elevada pode-se oferecer, alternativamente, o tratamento através do implante de prótese valvar aórtica por cateter (TAVI: Transcatheter Aortic Valvar Implantation).

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; exceto quando o paciente for menor de idade ou não possa assinar este documento, sendo a decisão, nestes casos, de seu responsável legal.

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.

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;
- Complicações infecciosas;
- Arritmias;
- Insuficiência renal;
- Acidente vascular cerebral,
- Hipertensão (aumento da pressão) ou hipotensão (queda da pressão arterial) no período peri-operatório;
- Embolia pulmonar;
- Bloqueio cardíaco; disfunção cardíaca;
- Sangramento digestivo;
- Reação alérgica e/ou adversa a medicações necessárias para a realização da cirurgia;
- Síndrome inflamatória generalizada em resposta à agressão cirúrgica de grande porte e à circulação extracorpórea;
- Parada cardiorrespiratória e suas implicações; e
- Óbito.

Também fui informado (a) da presença de possíveis complicações tardias, como:

- "Leaks", que são vazamentos em torno da prótese valvar;
- "Endocardite", que são infecções dentro do coração, podendo acometer a prótese e necessitando de novas

Paciente: _____

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

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

intervenções;

- Recidiva de defeito na valva reparada; e
- Formação de trombos dentro do coração que podem comprometer o funcionamento valvar.

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 intubação e ventilação mecânica pelo tempo que for necessário para a recuperação adequada das minhas funções cardíaca e respiratória;
- Necessidade de permanência no hospital por aproximadamente 7 dias após a cirurgia, e repouso domiciliar após alta, até reavaliação em consulta ambulatorial de revisão da cirurgia;
- Fui adequadamente orientada(o) quanto às opções de prótese valvares biológicas e mecânicas, tendo eu mesmo feito a opção do tipo de prótese valvar que posso precisar receber;
- Fomos alertados, eu e minha família, quanto à possibilidade de necessidade de usar remédios anticoagulantes, principalmente no caso de uso de prótese valvar mecânica, sabendo que tenho o compromisso de aderir ao uso regular da medicação, além de estar ciente de que deverei fazer exames, no mínimo mensalmente, para averiguar o estado da anticoagulação; e
- Sei que devo seguir estas orientações a fim de alcançar o melhor resultado em meu próprio benefício.

Estou ciente que o tratamento não se limita à cirurgia e que deverei retornar ao consultório/hospital, tanto para consulta com o Cirurgião como com meu Cardiologista clínico, nos dias com o médico, bem como informá-los imediatamente, eu ou a minha família também devidamente esclarecida, sobre possíveis alterações ou problemas que porventura possam ocorrer, sobretudo relacionados 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 e palpitações (coração disparado).

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 com base nas características

Paciente: _____

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

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

do meu diagnóstico e do 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 recomendações médicas e do nutricionista. O (A) médico responsável discutiu e orientou as melhores técnicas de reabilitação. É recomendada a realização 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

_____ ou _____
Paciente **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