

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 - DRENAGEM DO PERICARDIO

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O coração fica localizado no tórax separado das estruturas adjacentes por uma membrana chamada pericárdio. Dentro dessa estrutura existe uma quantidade mínima de líquido que permite a movimentação do coração com o mínimo atrito com a membrana. Em algumas ocasiões, ocorre o acúmulo desse líquido, o qual pode aumentar o seu volume, passando a ter uma quantidade moderada a importante, impedindo o enchimento adequado das cavidades cardíacas com sangue devido à compressão extrínseca que o líquido faz ao coração. Desta forma o procedimento proposto, visa drenar essa coleção líquida localizada no pericárdio e retirar amostras desta membrana (biópsia) e do líquido para a realização de exames de diagnostico, além de reduzir a compressão do líquido ao redor do coração, reduzindo a constrição do mesmo e melhorando o enchimento cardíaco e aumentando o volume de sangue ejetado pelo mesmo.

O procedimento pode ser executado de diversas formas, todas elas mediante a anestesia geral. Geralmente é cateterizado a artéria radial para monitorização da pressão arterial de forma contínua. Antibioticoprofilaxia é feita. Antissepsia e assepsia com colocação de campos. A bordagem do pericárdio pode ser feita por uma incisão subxifoide, via toracotomia com confecção de janela pleuro- pericárdica ou através de videotoracoscopia. A escolha do método leva em consideração a clínica do paciente e o estado hemodinâmico do mesmo na hora do procedimento. Durante o decorrer do procedimento pode haver a necessidade de conversão entre as vias diante dos achados intraoperatórios. Após localizar o pericárdio é feita a abertura do mesmo com retirada de amostras do líquido e da membrana. É posicionado um dreno que permitirá a drenagem do líquido remanescente que não for retirado imediatamente. Por fim são fechados os planos abertos e realizado curativo.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Diante de derrame pericárdico moderado a importante, apresentando repercussão hemodinâmica ou necessidade de diagnóstico etiológico, as medidas propostas visam atingir melhor estabilidade clínica ao paciente como diminuição

Paciente: _____

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

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

do uso de terapia medicamentosa e consequentemente melhora da hemodinâmica e do estado crítico nos pacientes que possuem repercussão hemodinâmica e/ou elucidação diagnóstica.

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. Derrames que não possuem repercussão hemodinâmica podem ser tratados de forma clínica com uso de medicamentos. Porém se o paciente apresenta alteração hemodinâmica, derrames importantes ou necessidade diagnóstica, tal alternativa não é recomendada no meu caso por ser menos efetiva e segura 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, como:

- Hemorragia com ou sem a necessidade de revisão de hemostasia;
- 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
- Bloqueio cardíaco; disfunção cardíaca; com necessidade de marcapasso

Paciente: _____

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

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

- 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.

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;

Estou ciente que o tratamento não se limita à cirurgia, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital, tanto com a cirurgia 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).

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. Porém, tais riscos são menores que 1%.

Tomei ciência que, na execução do procedimento proposto, estará presente o médico hemodinamicista 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 atual condição clínica, 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.

Paciente: _____

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

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

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 recomendações médicas e do nutricionista. O (A) médico 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 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