

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:

VASC - ENDARTERECTOMIA CAROTÍDEA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A endarterectomia carotídea é um procedimento cirúrgico indicado para remover placas de ateroma da artéria carótida, que transporta sangue para o cérebro. Essas placas podem causar estenose (estreitamento) da artéria e aumentar o risco de acidentes vasculares cerebrais (AVCs) ou isquemias transitórias - Ataques Isquêmicos Transitórios (AITs). Durante a cirurgia, realizada sob anestesia local ou geral, é feita uma incisão (corte) no pescoço para acessar a artéria afetada. O cirurgião abre a artéria, remove o trombo/placa de gordura e fecha a artéria para restaurar o fluxo sanguíneo.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tais medidas de suporte visam atingir melhor estabilidade clínica do paciente. Os benefícios esperados com a endarterectomia carotídea incluem:

- Redução do Risco de AVC: Ao remover a placa, o fluxo sanguíneo para o cérebro é normalizado, reduzindo o risco de AVCs;
- Melhora no Fluxo Sanguíneo: A restauração do fluxo sanguíneo cerebral diminui sintomas de isquemia cerebral e pode melhorar a qualidade de vida;
- Prevenção de Eventos Neurológicos Graves: A diminuição da obstrução ajuda a evitar eventos cerebrovasculares significativos.

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. Entre as alternativas discutidas foram _____ considerados:

- Tratamento Clínico: Controle medicamentoso com antiagregantes plaquetários, estatinas e outros medicamentos para reduzir o colesterol e controlar a pressão arterial;
- Angioplastia com Stent Carotídeo: Inserção de um stent para manter a artéria aberta, realizada com acesso por cateterismo.

Essas opções podem ser consideradas em casos específicos, dependendo do grau de estenose, estado de saúde do paciente e avaliação da equipe médica. Optar por não realizar a endarterectomia carotídea pode resultar em aumento do risco de complicações, como:

- AVC: A estenose da artéria carótida pode restringir o fluxo sanguíneo para o cérebro, aumentando o risco de AVCs isquêmicos;
- AITs: Episódios temporários de perda de função neurológica, que podem preceder um AVC;
- Progressão da Estenose: O bloqueio pode continuar a se desenvolver, aumentando a chance de eventos cerebrovasculares graves.

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter à cirurgia 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.

Os possíveis riscos associados à cirurgia são:

1. Complicações locais da ferida operatória como acúmulo de líquido (seroma), inflamação, infecção, deiscência de pontos, dor ou dormência/alteração de sensibilidade regional, alteração cicatricial (cicatriz inestética, formação de queloide, cicatriz hipertrófica, retração cutânea, etc). Estas condições podem requerer abertura de pontos, drenagem, tratamento medicamentoso ou novos procedimentos/cirurgias;
2. Sangramentos (hemorragias) que podem gerar hematomas superficiais ou profundos, necessitar de novos procedimentos cirúrgicos ou transfusão sanguínea;
3. Infecção local/sistêmica, podendo requerer antibioticoterapia e/ou novos procedimentos/cirurgias;
4. Lesões pelo uso de eletro-cautério ou outros dispositivos usados para cortar e coagular estruturas durante o ato cirúrgico;
5. Risco de AVC: Durante a cirurgia, podem ocorrer deslocamentos de pequenos fragmentos da placa, levando a um risco pequeno, mas existente, de AVC; pode também ocorrer hemorragia cerebral, mesmo que posteriormente ao procedimento, podendo gerar sequelas neurológicas ou óbito;
6. Danos a Nervos: Possível lesão aos nervos ao redor do pescoço, que pode causar alterações temporárias ou permanentes na voz ou dificuldades de deglutição, dificuldade de movimentação de pescoço e ombros, desvio de rima labial com dificuldade de articular palavras e dano estético;
7. Outros Riscos: Reações adversas à anestesia, trombose e riscos relacionados ao histórico de saúde individual do paciente;
8. Distúrbios respiratórios, com possibilidade de necessitar realização de traqueostomia, mesmo que algum

Paciente: _____

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

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

tempo após o procedimento;

9. Trombose Pós-operatória podendo gerar danos isquêmicos cerebrais (derrame isquêmico), com distúrbios de consciência, distúrbios sensitivos e/ou motores de membros inferiores e/ou superiores, distúrbios de fala, com afasia ou desvalia, distúrbios de leitura e visão, ou paralisia facial;

10. Flap intimal ou trombose com necessidade de colocação de stent endovascular;

11. Reestenose da carótida por conta da manutenção da doença aterosclerótica ou por hiperplasia intimal (cicatriz) necessitando intervenção cirúrgica ou endovascular;

12. Riscos gerais como complicações relacionadas ao ato anestésico (a serem melhor esclarecidas pelo profissional anestesista), complicações sistêmicas e/ou de origem cardiovascular não diretamente associados ao ato cirúrgico, embolia, trombozes da veias profundas das pernas ou pulmão, atelectasia (colabamento de segmentos pulmonares), infecção respiratória (pneumonia), infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, arritmias cardíacas, choque vascular, parada cardiorrespiratória e morte súbita.

As complicações associadas a este procedimento/cirurgia, ainda que incomum ou raras, variam de lesões simples a mais complicadas aqui não descritas que podem requerer acompanhamento em unidade de terapia intensiva após a cirurgia.

Compreendi que este 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 a 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 para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica. O(A) médico(a) responsável discutiu e explicou as orientações de reabilitação.

Orientações adicionais de reabilitação:

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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

OU _____

Responsável

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

Nome: _____

RG: _____ Parentesco: _____

Paciente: _____

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

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