

 <p><b>albert sabin</b> HOSPITAL</p> <p>Código <b>CHAS-TCLE.C.004</b></p> <p>Versão:2º – 20/01/2016</p>	<p><b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</b></p> <p><b>CIRURGIA CARDÍACA</b></p>	<p><b>COLAR ETIQUETA</b></p>
---	--	------------------------------

Por este instrumento particular o(a) paciente (ACIMA CITADO) ou seu responsável (ABAIXO CITADO), declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente ( ABAIXO CITADO), para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**CIRURGIA CARDÍACA**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (ABAIXO TRANSCRITOS) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DIAGNÓSTICO E INDICAÇÕES:** podem ser de origem congênita ou adquirida: insuficiência coronariana aguda ou crônica, aneurisma e dissecação da aorta, valvopatias mitral, aórtica, tricúspide ou pulmonar, defeitos de má formação anatômica cardíaca, arritmias.

**INDICAÇÕES CIRÚRGICAS :**

1. Intransabilidade clínica: impossibilidade de conviver com a doença devido ao risco de óbito;
2. Melhora da qualidade de vida do indivíduo;
3. Casos de urgência: instabilidade hemodinâmica;

**CIRURGIAS QUE PODEM SER REALIZADAS:** Revascularização do miocárdio, plastia ou troca valvar mitral, aórtica, tricúspide ou pulmonar, correção da dissecação ou aneurisma da aorta, correção anatômica dos defeitos cardíacos congênitos, implante de marcapasso. Vias de acesso: por incisão mediana ou pelo acesso laparoscópico.

**COMPLICAÇÕES:**

1. **Complicações Imediatas:** Sangramento pós-operatórios, infecções graves, que podem exigir reoperações; arritmias cardíacas; acidente vascular cerebral (derrame); óbito; nos casos de correção e aneurismas ou dissecações da aorta torácica existe risco de paraplegia, no caso de implante de marcapasso definitivo pode haver perda de comando por deslocamento de eletrodos.
2. **Complicações Mediatas:** em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, há risco de infecção e/ou deiscência na incisão do membro inferior de onde é retirada a veia safena.
3. **Complicações Tardias:** Nos casos de insuficiência coronariana, pode existir a evolução da doença aterosclerótica, levando à oclusão de pontes; nos casos de valvopatias, dependendo o tipo de prótese empregada, poderá ser necessária nova cirurgia para troca desta prótese; nas plastias valvares, pode haver a longo prazo deteriorização da mesma, sendo necessária nova cirurgia. No caso de marcapasso, a vida útil do aparelho é limitada, sendo necessária troca do gerador. A cirurgia do coração exige seguimento rigoroso no pós-operatório, durante toda a vida do paciente. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica grosseira).

**INFECÇÃO HOSPITALAR:** A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. Cirurgias infectadas – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

<input type="checkbox"/> Paciente:  <p style="text-align: right;">Assinatura</p>	<p>Recife (Pernambuco)</p> <p>_____/_____/_____</p> <p>Hora: ____: ____</p>
<input type="checkbox"/> <b>Aplicável se responsável</b> Nome: _____ Doc. Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____ <p style="text-align: right;">Assinatura</p>	Testemunhas: 1) Nome: _____ CPF nº: _____ Assinatura: _____ 2) Nome: _____ CPF nº: _____ Assinatura: _____

**PREENCHIDO PELO MÉDICO:**

Expliquei todo o procedimento/ tratamento ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos, alternativas, referentes a sua recusa, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome do médico(a): \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ **Assinatura e Carimbo**

Código de Ética Médica – Art. 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal. Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

