

PROCEDIMENTO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, _____
nº de identidade _____, [] Paciente / [] Responsável (Grau de Parentesco _____), declaro que:

1) fui informado (a) pelo médico de que as avaliações e os exames realizados revelaram que sou portador de _____.

2) recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

3) estou ciente de que, durante a cirurgia de _____ para tentar curar, ou melhorar as supra citadas condições, poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames acima referidos, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas;

4) estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. As principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes:

a) Disfunções Cardiovasculares: Baixo débito cardíaco (geralmente por redução transitória da força do coração), hipertensão arterial, isquemia miocárdica, hipotensão arterial grave, tamponamento cardíaco, arritmias cardíacas.

b) Disfunções Respiratórias: Infecção pulmonar, embolia pulmonar, derrame pleural e tempo prolongado de ventilação mecânica.

c) Disfunção Renal: Perda aguda da função renal ou piora de disfunção renal preexistente.

d) Sangramento no intra e pós-operatório: Pode ser necessário transfusão de sangue e seus derivados.

e) Infecções: As mais comuns no pós-operatório de cirurgia cardíaca: Infecção respiratória, urinária, infecção da ferida operatória de retirada da veia safena, infecção da ferida esternal e mediastinite.

f) Disfunções Gastrointestinais: Sangramento gastrointestinal, pancreatite, colecistite, íleo paralytico (perda transitória da motilidade intestinal), úlcera péptica perfurada, insuficiência hepática e isquemia mesentérica (infarto intestinal).

g) Complicações Neurológicas: Acidente vascular encefálico, quadros de confusão mental e agitação (Delirium) e disfunção cognitiva.

h) Complicações Endócrinas: Alterações na glicemia

5) estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

6) por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, excluindo-se os procedimentos necessários para tentar solucionar

as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude singular de cada evento;

7) dou plena autorização ao médico cirurgião _____ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional(is) por ele selecionado(s) para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "CIRURGIA CARDIOVASCULAR", 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.

8) 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;

9) consinto, portanto, ao médico supra identificado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no Meridional Cariacica.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

MÉDICO

Nome:

CRM:

_____, ____ de _____ de _____.

TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

NOME COMPLETO:

RG:

2ª via: Paciente

3ª via: Prontuário (levar para o Hospital no dia do procedimento).