

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO HÉRNIA INCISIONAL		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

A condição clínica que justifica o procedimento proposto envolve o comprometimento da função do coração ou de suas estruturas adjacentes (como artérias coronárias, válvulas cardíacas, artéria aorta ou defeitos estruturais congênitos/adquiridos). Esta patologia pode causar sintomas como dor no peito (angina), falta de ar, cansaço extremo, palpitações ou insuficiência cardíaca, comprometendo a saúde e a qualidade de vida.

A cirurgia indicada é a Cirurgia Cardíaca (cujos detalhes específicos, como revascularização do miocárdio, troca ou reparo valvar, ou correção da aorta, foram explicados pelo cirurgião). O procedimento pode ser realizado por via convencional (abertura do osso esterno) ou por técnicas minimamente invasivas. O objetivo principal é restaurar o fluxo sanguíneo adequado, reparar ou substituir estruturas danificadas, melhorar a função do coração e prevenir complicações graves.

2. BENEFÍCIOS, PROBABILIDADE DE SUCESSO E RISCOS DO NÃO TRATAMENTO

Os benefícios esperados incluem o alívio significativo dos sintomas, a melhora da capacidade física, a prevenção de infartos ou insuficiência cardíaca grave e, em muitos casos, o aumento da expectativa e da qualidade de vida.

A probabilidade de sucesso é elevada e baseada em protocolos médicos consolidados. No entanto, a medicina não é uma ciência exata; a resposta biológica é individual e o sucesso depende das condições prévias de saúde do paciente (comorbidades). Não se pode garantir a cura absoluta ou a ausência de complicações.

Os possíveis resultados do não tratamento (recusa cirúrgica) incluem a progressão da doença cardíaca, agravamento dos sintomas, ocorrência de infarto agudo do miocárdio, arritmias malignas, insuficiência cardíaca refratária e risco elevado de morte súbita.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Antes da indicação cirúrgica, foram consideradas, discutidas ou tentadas alternativas disponíveis para o seu caso, que podem incluir:

- Alternativas não cirúrgicas: Tratamento clínico otimizado com medicamentos, reabilitação cardiovascular e mudanças no estilo de vida.
- Alternativas percutâneas/hemodinâmicas: Procedimentos realizados por cateterismo (como angioplastia com implante de *stents* ou implante transcater de válvula), que dependem da anatomia específica da lesão e da viabilidade técnica para o seu caso.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E COMPLICAÇÕES POTENCIAIS

O procedimento é realizado sob anestesia geral. O cirurgião acessa o coração e, na maioria dos casos, utiliza-se a Circulação Extracorpórea (uma máquina que substitui temporariamente a função do coração e dos pulmões) para permitir que o coração seja parado e operado com segurança.

Embora a equipe médica utilize todas as técnicas preventivas e protocolos de segurança, o paciente deve estar ciente de que a cirurgia cardíaca é um procedimento de grande porte, envolvendo as seguintes complicações potenciais e riscos específicos:

- Sangramento e Hemorragia: Risco de sangramento excessivo durante ou após a cirurgia, podendo exigir transfusão de sangue ou reoperação de emergência para revisão da hemostasia.
- Eventos Neurológicos: Risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC/derrame), alterações cognitivas temporárias ou permanentes, confusão mental ou delírio no pós-operatório.
- Infecção: Risco de infecção superficial na ferida operatória, infecção profunda no osso esterno (mediastinite), infecção pulmonar (pneumonia) ou infecção no sangue/coração (endocardite).
- Arritmias Cardíacas: Alterações no ritmo do coração (como fibrilação atrial) que podem exigir medicamentos específicos, cardioversão elétrica ou implante de marcapasso (temporário ou definitivo).



- Complicações Renais: Risco de insuficiência renal aguda, podendo haver necessidade de hemodiálise (temporária ou permanente).
- Complicações Respiratórias: Necessidade de tempo prolongado de respiração por aparelhos (ventilação mecânica) ou dificuldade no desmame do respirador.
- Infarto ou Falência Cardíaca: Risco de infarto durante ou logo após o procedimento, ou dificuldade do coração em retomar sua função normal (síndrome de baixo débito).
- Óbito: Risco de morte inerente à complexidade das doenças cardíacas e ao porte do procedimento cirúrgico.

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

A cirurgia cardíaca apresenta um risco significativo de sangramento. Pode ocorrer perda sanguínea que justifique a necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados para manter a estabilidade hemodinâmica e a preservação da vida.

- Benefícios: Restabelecimento do volume sanguíneo, oxigenação dos tecidos e correção de distúrbios de coagulação.
- Riscos: Reações alérgicas, febre, incompatibilidade e, muito raramente, transmissão de doenças infecciosas.
- Alternativas: Quando clinicamente viáveis e disponíveis, podem ser utilizados expansores de volume, técnicas de recuperação de sangue intraoperatório (máquina de autotransfusão) ou estratégias de otimização sanguínea pré-operatória. Todos os protocolos rigorosos de segurança transfusional serão seguidos.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO E MANEJO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA

O período de internação envolve uma estadia inicial obrigatória na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para monitoramento contínuo, seguida de transferência para o quarto. O processo de recuperação exige cuidados rigorosos com a ferida operatória (restrições de movimento do tórax), fisioterapia respiratória e motora precoce, e reabilitação cardiovascular.

Educação sobre o Manejo da Dor Pós-Operatória: Declaro que fui informado(a) e educado(a), antes da realização do procedimento, sobre as opções disponíveis para o controle da dor após a cirurgia. O manejo da dor será feito de forma multimodal e poderá incluir:

- Uso de analgésicos simples e anti-inflamatórios.
- Uso de analgésicos mais fortes (opioides) para dores intensas, com orientações claras sobre dosagem e desmame.
- Medidas físicas e adequação de postura. Esta educação foi compreendida e encontra-se documentada por meio da minha assinatura neste termo.

7. ANESTESIA, ÓRTESES E PRÓTESES

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.

Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses (como válvulas cardíacas biológicas ou mecânicas, anéis, tubos vasculares), fios de aço para fechamento do esterno, fios de marcapasso, suturas e materiais especiais. Por livre iniciativa, autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi(ram) exposto(s) no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar situações imprevisíveis e emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a necessidade de cada evento.

8. DISPOSIÇÕES LEGAIS E CONSENTIMENTO

Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

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 minha assinatura. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas à equipe médica as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações acerca das quais apresenta alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido da equipe médica a orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.



Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes. Contudo, fui amplamente esclarecido pelo médico assistente e sua equipe.

Consinto, portanto, ao médico assistente 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 local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

Sei que possuo o pleno direito de revogar este consentimento a qualquer tempo antes do início do procedimento, sem que isso implique qualquer penalidade ao meu atendimento. Comprometo-me a expressar previamente negativas de forma expressa e irrevogável a atos, tratamentos ou condutas os quais opto por não autorizar

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

_____ às _____ de _____ de _____ de _____.
Local, hora, data

1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*.