

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TRANSPLANTE DE CORAÇÃO		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

- 1) Eu, _____, _____ anos, declaro para os devidos fins e efeitos de direito que, em preparação realizada com a equipe de transplante do Meridional Cariacica, tomei em conhecimento que sou _____ portador (a) da _____ doença e preencho os critérios para o transplante de coração.
- 2) Fui informado (a) sobre as opções para o tratamento de minha doença, e escolhi submeter-me ao transplante cardíaco. Estou ciente de que o transplante irá contar da retirada do coração doente e da sua substituição por outro, provindo de um doador cadáver, ou seja, alguém com morte encefálica. Fui informado (a) que as cirurgias podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, mas que tudo será feito para tentar impedir o seu aparecimento.
- 3) Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Tenho conhecimento de que, durante a cirurgia ou no pós-operatório, possam aparecer novas situações que podem requerer procedimentos adicionais, como novas cirurgias, ou até mesmo um novo transplante de coração, e que esses procedimentos poderão ser utilizados visando o restabelecimento de minha saúde.
- 4) 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 paralítico (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 complicações provenientes do órgão transplantado podem ocorrer, tais como o não funcionamento primário do coração transplantado e rejeição do órgão. Fui informado dos vários riscos envolvidos no procedimento, inclusive risco de óbito durante ou após o ato cirúrgico.

- 6) Sou ainda informado (a) que existe a possibilidade de rejeição do novo órgão e que deverei fazer uso de medicamentos para evitá-la pelo resto da vida, fato que aumenta o risco de contrair infecções.
- 7) 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;
- 8) 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;
- 9) Esta autorização é dada ao médico _____ CRM: _____ 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;
- 10) 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;
- 11) 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 local onde se realiza o(s) tratamento(s).
- 12) Compreendo que possuo o direito inalienável de consentir de forma parcial com o plano terapêutico proposto. Sendo assim, declaro que autorizo a realização da intervenção e dos procedimentos descritos neste documento, com exceção expressa e irrevogável aos seguintes atos, tratamentos ou condutas, os quais opto por não autorizar:

[DESCREVER DETALHADAMENTE OS PROCEDIMENTOS, MEDICAÇÕES OU TRATAMENTOS EXPRESSAMENTE RECUSADOS PELO PACIENTE].

- 13) Fui exaustiva e claramente informado(a) pelo meu médico assistente sobre os riscos, as implicações clínicas e os potenciais prejuízos ao sucesso do meu tratamento, recuperação ou mesmo risco à vida decorrentes da não realização específica destes atos recusados. Compreendo plenamente as consequências dessa limitação ao escopo do tratamento e assumo integral responsabilidade por esta decisão, isentando a equipe médica e a instituição hospitalar por eventuais complicações que decorram diretamente desta recusa parcial.
- 14) 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. Confirmando que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas em linguagem de fácil entendimento



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)*.