



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO**

Pelo presente termo, eu _____ estado civil _____ portador do Documento de Identidade RG nº _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliado na Rua/Av _____, Bairro _____ na cidade de _____, telefone: _____

ou seu representante legal _____, parentesco: _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____

Declaro para os devidos fins e efeitos de direito que, em consulta com o médico _____ CRM _____, profissional médico por mim escolhido, fui informado (a) que sou portador (a) de **INSUFICIÊNCIA CORONARIANA AGUDA OU CRÔNICA** e que após a realização de exames complementares necessários à investigação e conclusão diagnóstica, sabendo das alternativas de tratamento propostas, devidamente esclarecido(a) e informado(a) sobre as vantagens e desvantagens dos métodos possíveis, optei pela realização do procedimento cirúrgico denominado **REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO** com o qual concordo a ser submetido, pelo que autorizo o(a) médico(a) _____ CRM _____ e demais profissionais de sua equipe, a realizarem o referido ato cirúrgico, comprometendo-me a seguir todas as instruções pós-operatórias necessárias para meu restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico, por ocasião de meu acompanhamento.

Sou sabedor(a) que devo informar antes da realização da cirurgia, aos cirurgiões e anestesistas, TODOS os medicamentos que estou utilizando, pois muitos podem causar problemas no período intra e pós operatório, como por exemplo, sangramentos durante a cirurgia.

Também fui informado(a) que as cirurgias, independente de todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica adequada a ser utilizada, sempre envolvem riscos e podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, mas que tudo será feito para impedir o seu aparecimento.

No caso específico da cirurgia indicada para meu tratamento, fui informado(a) que os resultados são satisfatórios e me foi explicado e estou ciente dos seguintes riscos: que o procedimento cirúrgico pode acarretar sangramento com necessidade de reabordagem cirúrgica, infecção da ferida operatória, edema no local, arritmia cardíaca, acidente vascular cerebral (derrame), infecção e/ou deiscência na incisão do membro inferior de onde é retirada a veia safena, óbito e cicatrizes grosseiras (quelóides) no pós operatório tardio.

Sou sabedor de que a cirurgia do coração exige seguimento rigoroso no pós operatório, durante toda a vida.

Fui esclarecido(a) também que, inexistem formas e métodos eficazes para calcular com precisão o tempo, a capacidade e o resultado final de cicatrização de tecidos como pele, músculos, gordura, vísceras e ossos, após o procedimento cirúrgico. Fui também orientado(a) de que o uso de fumo e álcool podem prejudicar a cicatrização, limitando o sucesso da cirurgia.

Estou ciente, ainda, de que podem ocorrer complicações durante o procedimento cirúrgico, e que essas intercorrências podem exigir providências imediatas, a critério do(a) médico(a), para assegurar minha integridade física e saúde. Assim, autorizo as medidas que forem necessárias, indicadas pelo(a) médico(a),



incluindo eventual remoção de urgência, internação em unidade de terapia intensiva (UTI), remoções para outras instituições com recursos que meu caso exigir.

Da mesma forma, fui informado(a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou muito graves, aos anestésicos e demais medicamentos a serem utilizados. **“Entendo que as explicações se mostram completas e abrangentes, atingindo a sua finalidade, qual seja, esclarecer-me a indicação e os riscos inerentes a tal cirurgia”.**

Estou ciente ainda que pode haver a necessidade de transfusão sanguínea, e que existem doenças como AIDS, hepatite, doença de Chagas e outras, que podem ser transmitidas por transfusões de sangue e seus derivados, embora todas as medidas para impedir essa transmissão sejam adotadas rotineiramente, conforme norma do banco de sangue.

Tenho conhecimento que durante o procedimento cirúrgico ou no período de pós operatório, podem aparecer situações inusitadas que requeiram procedimentos adicionais e não previstos na presente data e descritos neste informe, que poderão ser indicados visando o sucesso do tratamento.

Estou ciente de que seria impossível para o(a) médico(a) me descrever TODAS as complicações e ou riscos possíveis de acontecer no tratamento que me está sendo proposto, mas que fui informado(a) das situações mais frequentes.

Igualmente sou sabedor(a) de que apesar da capacidade técnica e dos esforços de meu(minha) médico(a), não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado desta cirurgia, com relação à cura da minha doença.

Data: ____/____/____

Nome do Paciente

Nome do Responsável

DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE:

O procedimento descrito neste formulário, incluindo riscos, complicações, tratamentos alternativos, inclusive o não tratamento, bem como o prognóstico dessa cirurgia foi por mim devidamente esclarecido ao(a) paciente, ou ao(a) seu responsável legal, antes que esse TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO fosse assinado por ele(a);

Nome do Médico e CRM

TESTEMUNHAS:

Nome

Nome

CPF

CPF