|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  IMPLANTE DE DISPOSITIVO DE ASSISTÊNCIA CIRCULATÓRIA MECÂNICA  Eu, abaixo assinado(a), autorizo o(a) Dr.(a)      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento de IMPLANTE DE DISPOSITIVO DE ASSISTÊNCIA CIRCULATÓRIA MECÂNICA,      , como forma de tratamento para o choque cardiogênico. Esta doença tem uma mortalidade em torno de 50% com o tratamento conservador (suporte com medicações).    Declaro, expressa e voluntariamente, que eu e meus familiares fomos informados de forma clara e detalhada sobre a natureza, os motivos e os benefícios esperados com o tratamento proposto. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Estou ciente que os resultados finais dependem de vários fatores e tenho plena consciência que o implante deste dispositivo é um procedimento de alto risco, envolvendo inclusive risco de morte, já que complicações podem surgir tanto durante o implante, quando nos dias subsequentes.  Os possíveis riscos associados a este procedimento foram esclarecidos e são os seguintes:  1. Complicações ou dificuldades técnicas durante o procedimento que impeça a realização do mesmo.  2. Suspensão do procedimento por impossibilidade da realização da anestesia ou por condições técnicas ou clínicas surgidas imediatamente antes do seu início.  3. Possibilidade de edema, hematoma e/ou infecção na incisão ou no local da punção, requerendo tratamento futuro.  4. Complicações específicas relacionadas a este procedimento como: acidente vascular cerebral (derrame cerebral) isquêmico ou hemorrágico, isquemia da perna, lesão de vasos sanguíneos, infecções relacionadas aos cateteres, hemólise, insuficiência renal com necessidade de hemodiálise, sangramento grave com necessidade de transfusão de sangue, ritmos cardíacos anormais necessitando medicamentos ou choques elétricos para voltar ao normal e óbito. Em algumas das complicações, como o derrame cerebral e a isquemia da perna, podem ser necessárias cirurgias de urgência para correção do problema.  5. Outros riscos (especificar quando pertinente):      .  Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns.  Fui informado(a) também sobre alternativas terapêuticas ao tratamento proposto, incluindo tratamento com medicamentos inotrópicos (para dar suporte ao coração).  Reconheço que durante o procedimento médico ou no período pós-operatório, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daquele que foi descrito  anteriormente neste consentimento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o procedimento cirúrgico for iniciado.  Fui avisado(a) também sobre o cuidado e seguimento rigoroso na Unidade de Terapia Intensiva exigidos após o implante do dispositivo. Estou ciente e entendi que durante a internação nesta unidade poderão ser necessários alguns procedimentos invasivos para que o tratamento seja adequadamente realizado.  Estou ciente ainda que para a realização do procedimento acima especificado será necessário o emprego de raio-X. Para mulheres com potencial de engravidar, eu entendo que o uso de Raio-X e medicamentos durante este procedimento pode prejudicar um embrião ou feto e, portanto, não deve ser realizado durante a gestação, exceto em casos especiais. Caso se aplique, eu afirmo não estar grávida no momento do procedimento.  Fui informado(a) também que o referido procedimento será feito sob a punção de uma artéria e de uma veia, empregando anestesia local e, se necessário, sedação endovenosa. Concordo com a administração dos anestésicos que sejam considerados necessários e reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a anestesia.  Autorizo ainda que qualquer órgão, fluido ou tecido eventualmente removido durante o procedimento seja encaminhado para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.  Autorizo ainda que imagens de procedimentos e de exames complementares, como cateterismo, tomografia computadorizada e ressonância, entre outras, possam ser utilizadas para fins acadêmicos, incluindo comunicações de casos a estudantes ou residentes e apresentações em eventos científicos, sendo garantido meu anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do meu prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.    **CONCLUSÃO**    Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com minha equipe médica, que o procedimento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.  Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.  Data:      /      /  Nome (em letra de forma) da paciente ou responsável:  Assinatura da paciente ou responsável:  Grau de parentesco do responsável:  Assinatura e CRM do médico:    Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução. | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO Serviço de Cirurgia Cardíaca**  **IMPLANTE DE DISPOSITIVO DE ASSISTÊNCIA CIRCULATÓRIA MECÂNICA** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-555FE – gráfica hcpa – out22**