

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Leito: _____
Prontuário: _____ Atendi: _____ Idade: _____
Data: ___/___/___ Médico: _____

ETIQUETA

Por este instrumento particular o (a) paciente _____
ou seu responsável Sr. (a) _____,
declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI da lei 8.078/90 que dá plena
autorização ao (à) médico (a) assistente, Dr. (a) _____,
inscrito no CRM - _____ sob o nº _____ para proceder às investigações necessárias ao
diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento designado (**CIRURGIA CARDÍACA**), e
todos os procedimentos que o incluem como: condutas anestésicas, retirada de materiais para ser enviado para
análise para fins diagnósticos e de tratamento, podendo o profissional valer-se do auxílio de outros profissionais
de saúde. Declara, outrossim, que o médico (a), segundo o código de ética médica, apresentou os métodos
alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas
sobre o diagnóstico e sobre o procedimento a serem adotados no tratamento sugeridos e ora autorizado,
especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: As doenças cardíacas podem ser de origem congênitas ou adquiridas: Insuficiência coronariana
aguda e crônica, aneurisma e dissecção da aorta, valvopatias (Mitrál, Aórtica, Tricúspide e Pulmonar), defeitos
de má formação cardíaca e arritmias.

As indicações cirúrgicas se dão:

- A) Intratabilidade clínica: impossibilidade de conviver com a doença devido ao risco de morte
- B) Melhora da qualidade de vida do paciente
- C) Casos de urgência: instabilidade hemodinâmica e risco iminente de vida

CIRURGIAS QUE PODEM SER REALIZADAS:

Revascularização do Miocárdio, Plastia ou troca valvar (Mitrál, Aórtica, Tricúspide, Pulmonar), Correção de
dissecção ou aneurisma da aorta, correção anatômica dos defeitos cardíacos congênitos, implante de marca-
passo. As vias de acessos cirúrgicos são por incisão mediana, toracotomia lateral e por mini acesso em casos
específicos.

COMPLICAÇÕES:

Complicações imediatas: óbito, sangramento pós-operatório, arritmias cardíacas, infarto do miocárdio, acidente
vascular encefálico (derrame), disfunção renal, hemorragias digestivas bem como distúrbios do trato digestivo,
infecções (ferida operatória, pulmonar, urinária, corrente sanguínea), podendo se tornar muito graves mesmo
tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte
dos profissionais que vão cuidar do paciente e do hospital, além do germe e do sítio envolvido. Nas cirurgias de
dissecção de aorta e aneurisma de aorta existe o risco adicional de paraplegia e nos casos de implante de

marca-passo pode haver perda do comando ou deslocamento dos eletrodos.

Complicações Tardias: Nos pacientes submetidos à Revascularização do Miocárdio pode haver oclusão das pontes por evolução da doença aterosclerótica. Nas cirurgias de valvas pode haver necessidade de novas cirurgias futuras dependendo do uso de próteses ou de plastias. No caso de implantes de marca-passo, os mesmos tem uma durabilidade devido à meia vida útil das baterias sendo necessária a troca do gerador de tempos em tempos.

A Cirurgia Cardíaca exige um rigoroso controle no pós-operatório, durante praticamente toda da vida do paciente.

Declara, ainda, ter lido todas as informações contidas no presente instrumento, as quais entenderam perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si ou ao paciente.

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento pode obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas sugeridos segundo seu julgamento.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre este procedimento, expresse meu pleno consentimento para sua realização.

Itajubá (MG) _____ de _____ de _____

Ass. Paciente e/ou Responsável.

Nome: _____

RG / CPF: _____

MÉDICO:

Declaro que expliquei todo o procedimento, cirurgia e/ou tratamento, que o paciente acima referido será submetido, assim como todos seus benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelo paciente de forma clara ao seu entendimento e, de acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de entender o que lhe foi informado.

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

RG/CPF: _____