

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Pront: _____ Atend: _____

Autorizo o médico a proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado " **IMPLANTE DE MARCAPASSO / CDI / RESSINCRONIZADOR CARDÍACO E MONITOR CARDÍACO**", e todos procedimentos que incluem, anestesia, o médico (a) do Corpo Clínico e/ou Contratado do Hospital de Clínicas, que após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o procedimento invasivo citado anteriormente, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado.

DEFINIÇÃO: Marcapasso: procedimento que visa manter um número adequado de batimentos cardíacos através de um fio de estimulação e um aparelho de comando (gerador). Pode ser: **PROVISÓRIO** - quando o aparelho (gerador) fica externo e permanece por alguns dias enquanto necessário; **DEFINITIVO:** o gerador é implantado embaixo da pele por uma pequena cirurgia e ali permanece por toda vida. **CDI:** tem a intensão de reverter a arritmias ventriculares graves que possam colocar a vida do paciente em risco. **Monitor Cardíaco:** registra a atividade do coração durante longos períodos, auxiliando o médico a determinar se um ritmo anormal do coração é a causa do desmaio.

COMPLICAÇÕES: relacionadas a punção da veia próxima ao coração para instalação do fio: hematomas, sangramentos, pneumotorax, infecção no local quando o fio provisório é necessário por muitos dias; relacionadas ao comando ou estímulo: arritmia ventricular grave ou parada cardíaca no momento da instalação (raro); infecção hospitalar.

1. Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendo perfeitamente e aceito, comprometendo-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), estando ciente de que a não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais ao paciente.
2. Declaro igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem 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 para tentar a solução dos problemas sugeridos segundo seu julgamento.
3. Fui informado(a) que posso revogar ou modificar o consentimento a qualquer tempo, sem que resulte qualquer desvantagem ou prejuízo, com exceção quando já iniciado o procedimento médico, e a revogação puder implicar possibilidade de dano, risco ou qualquer tipo de prejuízo ao paciente.
4. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre as mais comuns **COMPLICAÇÕES** deste procedimento, expressei meu pleno consentimento para sua realização, bem como revogar o presente termo a qualquer momento antes da realização do procedimento e/ou cirurgia.

Paciente: () Responsável: ()

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco: _____ Identidade nº: _____

Itajubá/MG, ___/___/___ Hora: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MEDICO

() Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**.

Nome: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

Itajubá/MG, ___/___/___ Hora: ____:____ Assinatura: _____