

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO OCLUSÃO DE APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO (OAAE)

HOSPITAL**Unimed** 
Regional Jaú

Através do presente termo de consentimento e autorização, eu,

nacionalidade _____, maior de idade e capaz, estado civil _____,
profissão _____, identidade _____, órgão expedidor _____,
CPF _____, residência _____, cidade _____, estado _____,
data de nascimento _____, filiação _____

abaixo assinado (a), declaro ter recebido do serviço de hemodinâmica aqui representado pelo(s) médico(s) identificado(s) abaixo, bem como da equipe conhecida como "heart team", composta por cardiologista clínico, cirurgião cardiovascular e cardiologista intervencionista, todas as informações, explicações e advertências a respeito do exame/procedimento solicitado pelo meu médico clínico, estando registrada adiante a discussão sobre a natureza e a extensão dos atos necessários à execução do mesmo.

Declaro, ainda, que me foi explicado que o procedimento Oclusão do apêndice atrial esquerdo (OAAE) será realizado no laboratório de hemodinâmica desta instituição hospitalar, a saber: razão social _____, CNPJ/MF no _____, sede _____ e consiste em uma punção na pele do paciente para introdução de cateteres especiais, sendo utilizados contrastes iodados e a administração de anestesia local, sedação ou anestesia geral a critério do médico executante.

Foi lido por um dos médicos abaixo subscritos e a mim explicado em linguagem mais acessível o que segue: este procedimento visa ocluir o apêndice atrial esquerdo através do implante de prótese. A prótese é posicionada utilizando-se um sistema de entrega. O sistema de entrega ajuda a posicionar a prótese no apêndice atrial esquerdo. Com o coração batendo, a prótese é liberada no local, ocluindo o apêndice atrial. Assim, a chance de depósito no local reduz substancialmente e conseqüentemente de cardioembolismo proveniente deste local. O sistema de entrega é retirado e alguns testes são feitos antes de fechar a pequena incisão na região inguinal. O procedimento, além da angiografia, é guiado por ecocardiograma.

Declaro que, na forma que me foi explicado pelo médico, consegui entender perfeitamente em que consistirá o procedimento a que serei submetido (a).

Declaro que estou ciente que o fim almejado com a execução do procedimento acima referido pode não ser alcançado, ainda que o médico e sua equipe adotem a melhor técnica e se utilizem de todos os meios e recursos científicos disponíveis.

Tomei ciência também de que o procedimento envolve riscos, tendo sido prestadas todas as informações pertinentes sobre as possíveis complicações de causas conhecidas e desconhecidas, inclusive óbito, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, arritmia cardíaca, edema agudo de pulmão, choque anafilático, infecções de ordens e graus variados, alergias e/ou reações ao contraste, sangramentos, hematomas, insuficiência renal, complicações vasculares e hemodinâmicas, perfuração de câmara cardíaca ou vasos, tamponamento cardíaco, perda de membros e/ou sua função, além dos riscos inerentes à anestesia e à própria utilização de instrumentos e equipamentos diversos. Foram explicadas para mim que tais reações adversas são infrequentes, ocorrendo em menos de 5% dos casos, porém podem ser agravadas quando associadas a outros fatores pessoais do paciente, dentre os quais doenças subjacentes, cirurgia cardíaca prévia, antecedente de alergias, hipertensão arterial não controlada, tabagismo, alcoolismo, diabetes, obesidade, insuficiência renal, doença vascular encefálica, internação prolongada, insuficiência hepática, doenças cardíacas, doença aterosclerótica, câncer, desnutrição grave e idade avançada, que são os mais comuns.

Foi explicado também que os cateteres e próteses utilizados são submetidos a testes prévios, mas podem apresentar defeitos ou até sofrer fraturas, ocasionando reações adversas e lesões de ordem e graus variados, inclusive podendo vir a determinar a realização de uma cirurgia para a remoção dos mesmos. Porém, tais riscos são menores que 1%.

Foi reiterado a mim que não são dadas garantias nem segurança a respeito dos resultados que se esperam do procedimento proposto. Tomei ciência que, na execução do procedimento proposto, estará presente o médico hemodinamista e sua equipe, podendo ser solicitada a presença de outros especialistas, bem como de observadores do fabricante do equipamento e do material utilizado, valendo a assinatura ao final deste Termo como autorização para a participação desses profissionais, sendo franqueado ao(s) mesmo(s) total acesso aos registros e informações médicas relativas ao meu caso. Ficou esclarecido também que, havendo necessidade, poderá ser realizada a contenção no leito, conforme prescrito pelo médico, e que haverá minha vigilância também pela enfermagem.

Declaro, ainda, que tive a oportunidade de ler atentamente este documento e também de ouvir com atenção a leitura pelo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO OCLUSÃO DE APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO (OAAE)

HOSPITAL**Unimed** 
Regional Jaú

médico de todas as informações apresentadas, podendo esclarecer todas as minhas dúvidas acerca dos riscos envolvidos e das possíveis consequências quanto à não realização do tratamento sugerido, bem como quanto à eventual existência de procedimentos alternativos e suas dúvidas foram satisfatoriamente respondidas e sanadas.

Estou ciente de que há a possibilidade de alteração do procedimento original no curso do citado exame/procedimento e/ou de novo procedimento ou cirurgia para continuidade do tratamento em região distinta daquela marcada originalmente, o que será avaliado, decidido e realizado, se for o caso, pelo profissional médico encarregado, com o que, desde já, concordo e autorizo.

Tendo sido respondidas todas as questões formuladas e após compreender o procedimento propriamente dito, bem como sua real repercussão, assino este TERMO DE CONSENTIMENTO na presença do Dr.(a)

_____, neste ato representando o Serviço Médico de Hemodinâmica, juntamente com 2(duas) testemunhas, declarando, expressa e voluntariamente, a minha autorização ao procedimento de Oclusão do Apêndice Atrial Esquerdo (OAAE) concordando, ainda, com a execução do procedimento proposto e os seus atos preparatórios, ficando, desde já, autorizados os médicos a realizar os procedimentos adicionais e intervenções terapêuticas que se fizerem necessários em razão de condições imprevistas ocorridas no curso do procedimento, sempre a critério e juízo do médico responsável. Com o propósito de promover o desenvolvimento científico, ao assinar o presente Termo, concordo e autorizo, também, a realização de registros fotográficos, gravação em vídeo ou transmissão por televisão do procedimento proposto, ficando assegurado que não será revelada a minha identidade. Fica autorizado, ainda, o exame de qualquer órgão ou tecido eventualmente removido, podendo ser tratado pela equipe médica e/ou pelo hospital, para fins médicos, científicos e educativos. Por fim, concordo com a realização de eventual transfusão de sangue, se e quando esse procedimento estiver diretamente ligado ao tratamento versado no termo ora subscrito ou dele for decorrente.

Se, durante ou logo após a realização do procedimento a que serei submetido, eu não estiver em pleno gozo de minhas faculdades físicas e/ou mentais, autorizo o meu representante legal _____

_____, nacionalidade _____, estado civil _____,

profissão _____, identidade _____, órgão expedidor _____,

CPF _____, residência _____,

_____, cidade _____, estado _____,

data de nascimento _____, filiação _____,

_____, vínculo com o paciente _____, a tomar decisões em meu nome.

Desta forma, ofereço o meu pleno e livre consentimento e autorizo a realização do procedimento Oclusão do Apêndice Atrial Esquerdo (OAAE) ora exposto, a ser administrado pelo médico signatário e pela equipe médica a ele relacionada.

Atesto, por fim, que assinei o presente Termo em duas vias, sendo que uma delas me foi entregue.

Cidade do estabelecimento: _____

Data: _____

Paciente: _____ Assinatura: _____

Representante: _____ Assinatura: _____

Médico: Dr.(a) _____ CRM nº _____

Assinatura _____

Médico: Dr.(a) _____ CRM nº _____

Assinatura _____

Testemunhas:

Nome: _____

Nome: _____