



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

Av. Vicente Ferreira, 828 - CEP: 17515-900 – Marília / SP - CNPJ: 52.049.244/0001-62

Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559

site: www.santacasamarilia.com.br

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

MARCAPASSO CARDÍACO

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

O (a) paciente ou seu (sua) responsável autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento designado “**MARCAPASSO CARDÍACO**”.

Definição: procedimento que visa regularizar os batimentos cardíacos através de um fio de estimulação e um aparelho de comando (gerador). Pode ser:

- PROVISÓRIO – aparelho (gerador) fica externo e permanece por alguns dias enquanto necessário;
- DEFINITIVO – aparelho (gerador) implantado de forma definitiva no peito da pessoa sob a pele e os fios condutores são colocados no átrio e no ventrículo do coração, através de cirurgia;

Principais indicações:

Frequência cardíaca muito baixa e incapaz de manter fluxo sanguíneo para os órgãos vitais;
Frequência cardíaca muito baixa e pode levar a outras arritmias graves com parada cardíaca.

Troca de Gerador do marcapasso: A troca do gerador de marcapasso normalmente é indicada quando a bateria está próxima ao fim de sua vida útil. É um procedimento simples, realizado com anestesia local. Através de uma pequena incisão, é retirado o gerador antigo e colocado um novo. Não há necessidade de se mexer nos eletrodos, a menos que haja algum problema e, neste caso, a troca é realizada no mesmo procedimento.

Possíveis riscos: pneumotórax (ar na cavidade pleural), hemotórax (sangue na cavidade pleural), embolia gasosa (presença de gás no interior de veias ou artérias), hematoma, sangramento, arritmias, parada cardíaca, perfuração atrial ou ventricular, deslocamento do eletrodo, dor, infecção, óbito.

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara do estado de saúde, da hipótese diagnóstica e evolução provável da doença, bem como a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento clínico/cirúrgico, pré e pós-operatório, tendo esclarecido as suas dúvidas.

2. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara de que o tratamento pode não ser definitivo, pois o procedimento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento poderão modificar condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica autorizada que sejam adotadas as providências necessárias, ou seja, tratamentos, cirurgias, procedimentos, exames complementares, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para fazer frente aos problemas surgidos.

3. Está ciente que deverá se inteirar dos fatos com o médico responsável e, havendo agravamento ou intercorrências da patologia, fica autorizado o médico responsável a contatar outros especialistas para o tratamento, conforme a necessidade.

4. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

5. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

Av. Vicente Ferreira, 828 - CEP: 17515-900 – Marília / SP - CNPJ: 52.049.244/0001-62

Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559

site: www.santacasamarilia.com.br

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

MARCAPASSO CARDÍACO

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

6. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal (grau de parentesco):

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

Av. Vicente Ferreira, 828 - CEP: 17515-900 – Marília / SP - CNPJ: 52.049.244/0001-62

Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559

site: www.santacasamarilia.com.br

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

MARCAPASSO CARDÍACO

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO – SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

Data: _____ Hora: _____

Devido ao quadro clínico do paciente, emergência/risco de morte iminente, ou de possibilidade de deterioração dos parâmetros vitais, não houve possibilidade de fornecer informações necessárias ao paciente ou seu responsável para obtenção deste Consentimento Informado. Frente ao exposto, baseado no melhor julgamento clínico, foi executado e registrado em prontuário os procedimentos necessários e adequados para melhores práticas médicas, visando um desfecho clínico favorável do paciente em questão.

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____