



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”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução CFM nº
1931/2009 – Código de Ética Médica)**

OCCLUSÃO DO APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO

O (a) paciente ou seu (sua) responsável abaixo assinado autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento designado “**OCCLUSÃO DO APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO**”.

- **Definição:** O apêndice atrial esquerdo é uma câmara localizada na parede muscular do átrio esquerdo (câmara superior esquerda do coração). Em corações normais, a cada batimento, sangue do átrio esquerdo e do apêndice atrial esquerdo é contraído para o ventrículo esquerdo (câmara inferior esquerda do coração) e daí para os outros órgãos do corpo. Quando uma pessoa apresenta fibrilação atrial, arritmia cardíaca caracterizada pela completa desorganização da atividade elétrica dos átrios (câmaras superiores do coração) e consequente perda da contração atrial, há o risco de acúmulo de sangue no apêndice atrial esquerdo, com consequente formação de coágulos. Quando estes coágulos sanguíneos são bombeados para fora do coração, eles podem causar um acidente vascular cerebral (derrame) ou embolias em outros locais do corpo.

O procedimento de oclusão do apêndice atrial esquerdo consiste em implantar, por meio de cateter, uma prótese que veda este canal na câmara superior esquerda do coração, onde se formam e acumulam os coágulos que se desprendem e ocasionam o AVC. O procedimento é feito com anestesia geral ou sedação e é minimamente invasivo. É inserido um cateter (um tubo fino e flexível) numa veia da virilha (veia femoral) e, com o auxílio de aparelhos de imagem, a prótese segue até a entrada do apêndice atrial esquerdo. A prótese é liberada no local, ocluindo o apêndice atrial e impedindo a formação e saída de coágulos.

- **Principais Complicações:** infarto do miocárdio, arritmia cardíaca, edema pulmonar, choque anafilático, infecção, alergias ou reações ao contraste, sangramentos, hematomas, insuficiência renal, complicações vasculares e hemodinâmicas, perfuração da câmara cardíaca ou vasos, perda de membros e sua função, óbito, além dos riscos inerentes à anestesia e à própria utilização de instrumentos e equipamentos diversos.

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



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”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução CFM nº
1931/2009 – Código de Ética Médica)**

OCCLUSÃO DO APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO

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, sem necessidade de dar nenhuma explicação.

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.

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: _____

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____