



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)  
CIRURGIA CARDIOVASCULAR**

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

- **Definição:** As cardiopatias (doenças que acometem o coração) podem ser de origem congênita ou adquirida. Dentre os tipos mais comuns de cardiopatias incluem-se: insuficiência coronariana aguda ou crônica (risco de angina/infarto), aneurisma de ventrículo esquerdo, aneurisma e dissecção de aorta torácica, valvopatias (distúrbios que acometem as valvas do coração) mitral, aórtica, tricúspide ou pulmonar, arritmias cardíacas e defeitos de má formação anatômica, tumores cardíacos e complicações mecânicas de infarto.

Dentre as principais indicações da Cirurgia Cardiovascular incluem-se: Intratabilidade clínica - impossibilidade de conviver com a doença devido ao risco de morte; melhora da qualidade de vida do paciente; e casos de urgência com instabilidade hemodinâmica.

- **Cirurgias Que Podem Ser Realizadas:** Revascularização do miocárdio, plastia ou troca valvar mitral, aórtica, tricúspide ou pulmonar, correção de aneurisma de ventrículo esquerdo, correção de dissecção ou aneurisma de aorta, implante de marcapasso, correção dos defeitos cardíacos congênitos e ressecção de tumores cardíacos. Podem ser associadas ou não.

Vias de acesso: esternotomia mediana ou toracotomia lateral direita ou esquerda.

Há necessidade da utilização de circulação extra-corpórea, técnica que visa substituir o trabalho do coração e dos pulmões por uma máquina externa ao corpo, na maioria dos procedimentos supra citados.

- **Principais Complicações: Imediatas** - sangramento intra-operatório, pós-operatório e infecções graves que podem exigir reoperações; derrame pericárdico; síndrome de resposta inflamatória sistêmica; arritmias cardíacas; acidente vascular cerebral (derrame), distúrbio de coagulação sanguínea, insuficiência hepática e insuficiência renal e morte.

Nos casos de correção de aneurismas ou dissecções de aorta, somam-se os riscos de pancreatite e paraplegia.

No caso de implante de marcapasso definitivo pode haver perda de comando por deslocamento de eletrodo(s).

**Mediatas:** risco de infecção e/ou deiscência na incisão do esterno. Nos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio como cirurgia isolada ou em associação, pode ocorrer infecção do membro de onde foram retirados os enxertos (artéria radial, veia safena).



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)  
CIRURGIA CARDIOVASCULAR**

**Tardias:** Nos casos de insuficiência coronariana, pode existir a evolução da doença aterosclerótica, levando à oclusão das pontes.

Nos casos de valvopatias, há risco de infecção na prótese implantada e dependendo o tipo de prótese, poderá ocorrer deterioração estrutural ou não estrutural da mesma, sendo necessária nova cirurgia. Nos pacientes com prótese valvar mecânica, o uso incorreto do anticoagulante, ou controle inadequado da coagulação (INR), levará risco aumentado de sangramento ou trombose da prótese.

No caso de marcapasso, há risco de infecção do sistema implantado. Além disso, a vida Útil do aparelho é limitada, sendo necessária troca do gerador ou dos cabos-eletrodo. Há possibilidade de ocorrer reação aos fios utilizados no fechamento do osso e da pele.

Também pode haver formação de cicatrizes hipertróficas e queloides. A cirurgia do coração exige seguimento rigoroso no pós-operatório, durante toda a vida do paciente.

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.



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)  
CIRURGIA CARDIOVASCULAR**

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.

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: \_\_\_\_\_