



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)
MARCAPASSO CARDÍACO**

O (a) paciente ou seu (sua) responsável abaixo assinado 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.

- **Principais Complicações:** 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,



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)
MARCAPASSO CARDÍACO**

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.

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: _____