



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](http://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)**  
**IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATETER**

O (a) paciente ou seu (sua) responsável abaixo assinado autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento designado **“IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATETER”**

- **Definição:** procedimento realizado com o objetivo de desobstruir a valva aórtica. Realizado com anestesia geral ou sedação. No procedimento, os cateteres e a prótese são introduzidos no sistema cardiovascular, utilizando-se, mais frequentemente, punção ou dissecação da artéria femoral (virilha). O implante da prótese ocorre sobre a valva aórtica original do paciente. Todo o procedimento é filmado por equipamentos que emitem raios-X e as imagens são arquivadas. Em geral, o paciente permanece internado na UTI por aproximadamente 1 ou 2 dias para observação e para a realização de exames de controle. Depois disso, recebe alta para casa.

- **Principais Complicações:** Complicações vasculares e hemorrágicas no local de acesso, derrame cerebral, necessidade de implante de marcapasso definitivo, infecção, arritmia, edema agudo do pulmão, alergias/reações ao contraste, insuficiência renal, 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.



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)**  
**IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATETER**

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: \_\_\_\_\_