

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Atendimento: _____

Nome da mãe ou Responsável: _____

INTRODUÇÃO

O Cardioversor/desfibrilador (CDI) é um equipamento implantável totalmente automático, capaz de detectar arritmias graves e tratá-las imediatamente através de estímulos elétricos. Quando o coração fica lento, o CDI funciona como se fosse um marcapasso convencional, corrigindo a bradicardia. Se o paciente apresenta uma aceleração anormal do batimento cardíaco (taquicardia) o CDI inicia protocolos de reversão de acordo com a programação específica definida pelo médico eletrofisiologista. Dependendo da gravidade da arritmia, o CDI pode utilizar estímulos de baixa energia ou de alta energia corrigindo-a imediatamente.

O CDI evita que o paciente tenha que ir ao pronto socorro para reverter a arritmia e, nos casos mais severos evita a morte súbita. Os pacientes que se beneficiam deste equipamento são criteriosamente avaliados pela equipe de arritmias antes do implante, sendo decidido o modelo indicado para cada caso e a programação do aparelho. O implante do equipamento é indicado pelo médico assistente com base em seus sintomas e alterações de exames complementares. A cirurgia para implante é realizada com anestesia geral e a recuperação é feita na UTI. A permanência hospitalar varia de acordo com o quadro clínico do paciente. Após o implante, é necessário realizar a programação do aparelho a qual é individualizada para cada paciente, e, embora seja muito confortável (feita por telemetria), é complexa pois envolve centenas de variáveis as quais têm que ser analisadas separadamente, e por isso mesmo só pode ser feita por um especialista.

Como complicações, podem ocorrer o acúmulo de ar na membrana que reveste os pulmões (pneumotórax); sangramento para a pleura (hemotórax); deslocamento de eletrodos com necessidade de reabordagem cirúrgica; infecção; acúmulo de sangue na ferida operatória; perfurações cardíacas e parada cardíaca. Essas complicações são pouco frequentes e estão de acordo com os melhores centros do Brasil e do mundo. A necessidade da intervenção cirúrgica compensa o risco da cirurgia.

CONSENTIMENTO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Autorizo o Dr. _____, CRM/SE _____ a executar o procedimento designado como **implante cardioversor desfibrilador** e todos os procedimentos que incluam anestésias ou outras condutas médicas que se fizerem necessárias à investigação diagnóstica proposta. Declaro estar ciente dos possíveis efeitos colaterais e dos riscos inerentes ao procedimento. Ainda me foi informada a possibilidade de intervenção terapêutica ou cirúrgica, no curso do procedimento, a ser decidida e realizada, se necessário, pelo profissional médico incumbido do procedimento ou por outro especialista por ele designado.

Reconheço, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, ficando o mesmo autorizado, desde já, a tomar providências para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos, que recebi explicações em linguagem clara e acessível, que li o presente termo de consentimento, compreendi e concordo com as

informações sinalizadas, tendo sido me dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim e meus familiares/responsável, quais são os propósitos do procedimento/cirurgia, seus desconfortos, complicações e consequências.

Desse modo, autorizo, voluntariamente, a realização do procedimento descrito neste instrumento. Informo, ainda, que fui esclarecido que, a qualquer tempo, posso revogar este consentimento informado, desde que antes da realização do procedimento.

() **Paciente** () **Responsável ***

Nome Legível: _____ Assinatura: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade N° (RG): _____ SSP/

Aracaju, ____ de ____ de ____ . Hora: ____:____

* Quando assinado por responsável /representante legal, informar

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO:

() Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao próprio paciente e/ou seu responsável, esclarecendo sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por se tratar de situação de urgência/emergência.

Aracaju, ____ de ____ de ____ . Hora: ____:____

Nome Legível: _____ Assinatura: _____ CRM/SE: _____

Enfermeiro (em caso de procedimento em caráter de urgência/emergência)

Nome Legível: _____ Assinatura: _____ COREN/SE: _____

REVOGAÇÃO (quando se aplicar)

Aracaju, / / Hora: :

Assinatura Legível _____

() **Paciente** () **Responsável**

Código de Ética Médica – Art. 22 - É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34 - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39 - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.