

Nome do Paciente: _____

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

Nome da mãe ou Responsável: _____

O procedimento de implante de marcapasso cardíaco/looper implantável objetiva manter um número adequado de batimentos cardíacos através de um fio de estimulação e um aparelho de comando (gerador). No caso do marcapasso, pode ser **provisório** - quando o aparelho (gerador) fica externo e permanece por alguns dias enquanto necessário e **definitivo** - o gerador é implantado embaixo da pele por uma pequena cirurgia e ali permanece por toda vida.

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.

COMPLICAÇÕES PÓS – OPERATÓRIAS:

- Relacionadas à punção da veia próxima ao coração para instalação do fio de marcapasso: hematomas, sangramentos, pneumotórax, infecção no local quando o fio provisório é necessário por muitos dias.
- Relacionadas ao comando ou estímulo: arritmia ventricular grave ou parada cardíaca no momento da instalação (raro).

Para a realização deste procedimento, pode ser necessário a administração de meios de contraste. Os meios de contraste são substâncias que contêm ioversol em sua composição. O ioversol é o agente de contraste atualmente mais usado.

O uso de meios de contraste é considerado um procedimento seguro e suas reações adversas são pouco frequentes. Essas são classificadas em leves (náuseas, vômitos), moderadas (edema facial e broncoespasmo) ou graves (insuficiência renal ou respiratória, inclusive com risco de vida). Pacientes com doenças renais devem informar à equipe essa condição clínica para o devido preparo.

Confirmo a veracidade das informações por mim prestadas e tenho ciência que a omissão de informações compromete o nível de segurança do procedimento.

CONSENTIMENTO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Autorizo a equipe médica do Corpo Clínico do Hospital Primavera a executar o procedimento designado como **implante de marcapasso cardíaco** 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

Nome do Paciente: _____ RG.: _____

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.