

Identificação do Paciente ou do Responsável Legal
Nome do paciente:
Data de nascimento:
Responsável legal (quando aplicável):
CPF:
Médico responsável e CRM:
Procedimento proposto:

O médico responsável prestou esclarecimentos sobre o quadro clínico do paciente, o diagnóstico, a indicação do procedimento cirúrgico proposto, seus objetivos, benefícios esperados, riscos, possíveis complicações, alternativas terapêuticas e consequências da não realização do tratamento.

Após esses esclarecimentos, declaro que compreendi as informações recebidas e manifesto minha ciência e concordância nos termos abaixo.

Declaro estar ciente de que:

- ☐ Apresento cardiopatia congênita, caracterizada por uma alteração estrutural do coração.
- ☐ Recebi informações sobre o diagnóstico, sua evolução clínica e a justificativa para a realização da cirurgia.
- ☐ Compreendi que a necessidade do procedimento decorre da avaliação médica individualizada realizada pela equipe assistencial.
- ☐ A cirurgia tem como finalidade tratar ou corrigir a alteração cardíaca identificada, buscando melhorar a função do coração, aliviar sintomas e prevenir complicações.
- ☐ Dependendo das características da doença, a cirurgia poderá representar tratamento definitivo ou apenas uma etapa do tratamento, podendo ser necessários novos procedimentos futuramente.
- ☐ Recebi informações claras, suficientes e em linguagem compatível com meu nível de compreensão;
- ☐ Tive oportunidade de formular perguntas e esclarecer todas as minhas dúvidas;
- ☐ Compreendi a natureza do procedimento, seus objetivos, benefícios, riscos e possíveis complicações;
- ☐ Compreendi as alternativas terapêuticas existentes e as consequências da não realização do procedimento;
- ☐ Minha decisão é livre, consciente e tomada sem qualquer forma de coação;
- ☐ **CONSINTO** na realização do procedimento cirúrgico acima descrito.

Declaro estar ciente de que todo procedimento cirúrgico envolve riscos, ainda que sejam adotadas todas as medidas técnicas e assistenciais recomendadas.

Fui informado(a) sobre a possibilidade de ocorrência, entre outras, das seguintes complicações:

- ☐ Sangramento;
- ☐ Infecção;
- ☐ Necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados;
- ☐ Alterações do ritmo cardíaco (arritmias);
- ☐ Necessidade de implante de marcapasso;
- ☐ Necessidade de ventilação mecânica prolongada;
- ☐ Lesões neurológicas;
- ☐ Complicações renais ou pulmonares;
- ☐ Necessidade de nova cirurgia;
- ☐ Permanência prolongada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- ☐ Complicações relacionadas ao procedimento anestésico.

Declaro, ainda, estar ciente de que outros riscos e intercorrências poderão ocorrer em razão das minhas condições clínicas e das características específicas da cardiopatia.

O médico responsável informou que este paciente apresenta as seguintes particularidades e riscos específicos:

Declaro que fui informado(a) acerca:

- ☐ Das alternativas terapêuticas disponíveis para o caso;
- ☐ Da possibilidade de tratamento clínico, quando aplicável;
- ☐ Das limitações e benefícios de cada alternativa;
- ☐ Das possíveis consequências da não realização da cirurgia.

Declaro estar ciente de que, durante a cirurgia, poderão surgir situações imprevisíveis que exijam a adoção de condutas médicas diferentes daquelas inicialmente planejadas.

Na hipótese de intercorrências que representem risco imediato à vida ou à integridade do paciente e que impossibilitem a obtenção de novo consentimento, autorizo a equipe médica a adotar os procedimentos tecnicamente necessários, de acordo com as boas práticas médicas.

Declaro que fui informado(a) sobre a possibilidade de necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados durante ou após o procedimento.

- ☐ AUTORIZO
- ☐ NÃO AUTORIZO

Caso opte pela não autorização, declaro estar ciente dos riscos decorrentes dessa decisão, inclusive do agravamento do quadro clínico e do risco de morte.

Autorizo que materiais biológicos eventualmente removidos durante o procedimento sejam encaminhados para exames anatomopatológicos, histopatológicos ou microbiológicos, quando houver indicação médica.

☐ SIM

☐ NÃO

O médico declara que prestou ao paciente e/ou ao seu representante legal todas as informações pertinentes ao diagnóstico, à indicação cirúrgica, aos benefícios esperados, aos riscos previsíveis, às possíveis complicações, às alternativas terapêuticas e às consequências da recusa do tratamento.

Teresina/PI, ____/____/____

Nome do paciente ou do seu responsável legal

Nome do médico responsável