

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo informar ao(à) paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido(a). Assim, em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor e Recomendação do CFM nº 01/2016<sup>1</sup>, serão lhe prestadas informações claras e adequadas quanto ao procedimento a ser realizado.

Identificação Do Paciente Ou Do Responsável Legal	
Nome:	
Nome Social:	
Tipo de Documento De Identificação:	Nº:

1. Eu, acima identificado(a), na condição de paciente do São Bernardo Apart Hospital S.A. ou de responsável legal pelo(a) paciente \_\_\_\_\_, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, DECLARO que fui informado(a) pelo(a) Dr(a). \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_, que, em razão do meu estado de saúde, necessito ser submetido(a) ao tratamento cirúrgico designado como “Marcapasso Cardíaco”.

2. Foi-me explicado que esse visa manter um número adequado de batimentos cardíacos através de um fio de estimulação e um aparelho de comando (gerador), bem como que pode ser provisório, quando o aparelho (gerador) fica externo, ou definitivo, quando o gerador é implantado embaixo da pele por uma pequena cirurgia e ali permanece por toda vida

3. Fui esclarecido(a) de que para a realização do procedimento poderá ser necessária à utilização de uma substância denominada material de contraste, que é uma injeção, via endovenosa, de uma medicação líquida incolor. Este contraste facilitará a demonstração da anatomia e, caso existam, evidenciará anormalidades importantes para o diagnóstico. Normalmente, a injeção do contraste é um procedimento sem complicações.

4. Confirmando ter sido informado(a) que durante a aplicação do contraste, ou após o mesmo, poderá ser sentido um gosto metálico, náuseas e eventualmente uma sensação de calor, principalmente na face e cabeça e, depois, em outras partes. Estas sensações duram um curto espaço de tempo e são normalmente bem toleradas.

5. Compreendi que, como em todo procedimento, há riscos inerentes, ainda que todas as cautelas previstas em literatura médica sejam tomadas, podendo ocorrer eventualmente complicações como sangramentos e hematomas, lesões das artérias ou veias no local do acesso por onde é passado o cateter, alterações de pressão e do ritmo cardíaco, reações alérgicas ao contraste (como coceira, espirros ou edema nos olhos e sibilância - um

<sup>1</sup> Recomendação do CFM nº 01/2016: “O CFM no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, CONSIDERANDO que o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados; CONSIDERANDO que as informações e os esclarecimentos do médico, na obtenção do consentimento do paciente, são fundamentais para que o processo ocorra livre de influência ou vício; CONSIDERANDO que são necessárias orientações éticas complementares sobre a obtenção do consentimento em situações especiais como emergências, recusa, possibilidade de transtornos psicológicos oriundos da informação, preexistência de transtornos mentais e riscos para a saúde pública; CONSIDERANDO o Princípio Fundamental XXI e os artigos 22, 31 e 34 do Código de Ética Médica; CONSIDERANDO que há insuficiência de orientações sobre quando obter o consentimento e sobre a forma de sua documentação; CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 21 de janeiro de 2015; RECOMENDA Art. 1º Nas decisões sobre assistência à saúde dos pacientes, os médicos devem levar em consideração o documento Consentimento Livre e Esclarecido.”

chiado proveniente dos brônquios) e problemas renais (desenvolvimento de insuficiência renal, com maior risco em diabéticos, desidratados e idosos em uso de antibióticos e anti-inflamatórios).

6. Declaro ter entendido que existem, ainda, outras complicações mais raras e mais graves, como choque anafilático, necessidade de cirurgia de urgência, inclusive com necessidade eventual de transfusão, e possibilidade de óbito em 1 a cada 150.000 aplicações.

7. Compreendi que pacientes portadores de quadros alérgicos, em especial, especialmente aqueles que já apresentaram quadros alérgicos a exames com contraste, portadores de asma, de patologia cardíaca incapacitante ou considerada severa (grave), mieloma múltiplo, policitemia e feocromocitoma. e portadores de severa doença renal, particularmente causada por diabete, possuem risco elevado de efeito adverso ao contraste iodado.

8. Fui esclarecido(a) de que a legislação nacional obriga os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) conforme determinado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

9. Por fim, após ter sido esclarecido(a) acerca de todas as minhas dúvidas, e estar ciente de todos os riscos, tomei a decisão de realizar o procedimento, e registro minha autorização em relação a qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, que venham a ser necessários em situações imprevistas que possam ocorrer e demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, bem como autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

10. Com relação a transfusão de sangue ou hemoderivados, que venham a ser necessários em situações imprevistas que possam ocorrer e demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, você autoriza?

Sim

Não

11. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução do meu quadro pode obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo melhores práticas e literatura médicas.

12. Asseguro que recebi explicações claras, objetivas e acessíveis, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas remanescentes. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

**Assinatura do Paciente e/ou Responsável:**

\_\_\_\_\_

Testemunhas (campo a ser preenchido na hipótese de paciente iletrado):

1. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Colatina / ES, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**A ser preenchido pelo(a) médico(a):**

Identificação do(a) Médico(a)		
Nome:		
CRM:	Tipo:	Nº:

Declaro que esclareci ao(à) paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido.

Declaro, ainda, que o(a) paciente [  ] possui/ [  ] não possui patologia capaz de influenciar no resultado do procedimento solicitado ou de ficar exposta a riscos maiores do que os habituais.

Carimbo / Assinatura do(a) Médico(a):

\_\_\_\_\_

Colatina / ES, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.