

**Paciente:****Data de nascimento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**Prontuário:****Nome da mãe:****1. DEFINIÇÃO:**

A **REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA** consiste em uma cirurgia de grande porte realizada para fazer as pontes de Mamária, Safena, Artéria Radial e Artéria Gastro-epiplólica. Elas visam levar sangue as partes do coração que estão com baixo fluxo sanguíneo devido a obstruções coronarianas a montante dos locais aonde serão feitas as pontes.

A **REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA** é realizada através de esternotomia mediana ou toracotomia lateral esquerda ou as duas em conjunto quando necessário for. Os enxertos são dissecados dos seus leitos em específico, sendo as artérias mamárias dissecadas acima da fáscia endotorácica, a artéria radial dissecada do antebraço (após realização do Teste de Allen sendo que o mesmo deve ser negativo para obstruções da artéria ulnar), da veia safena que pode ser dissecada em membros inferiores e da artéria gastro-epiplólica que pode ser dissecada por abertura do diafragma e pediculada em direção a coronária direita. Podemos utilizar ou não a circulação extra-corpórea de acordo com grau das lesões, localização, força de contração do coração e estabilidade hemodinâmica quando o coração for manipulado. Opção também para o "beating heart", quando se faz a assistência circulatória para a realização das pontes sem clamp de aorta (anóxia miocárdica).

**2. COMPLICAÇÕES E RISCOS:**

A **REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA** apesar de ser uma cirurgia muito realizada e com resultados estabelecidos, pode apresentar complicações relativas a todos os sistemas do organismo, sendo enumeradas abaixo as principais:

- Síndrome pós-esternotomia, que pode variar desde uma dor em esternotomia até uma mediastinite grave.
  - Complicações neurológicas: AVC sendo o mais frequente quando acontece o isquêmico; convulsões; delirium.
  - Pneumonias, pneumotórax, hemotórax, embolia pulmonar, SARA, Tralli, podendo levar ou não a insuficiência respiratória.
  - IAM trans ou pós-operatório com eventual necessidade de estudo hemodinâmico; arritmias cardíacas; choque cardiogênico; choque vasoplégico; SIRS.
  - Sangramentos, tamponamento cardíaco.
  - Abdome agudo inflamatório, obstrutivo, isquêmico, hemorrágico.
  - Insuficiência renal com ou sem necessidade de diálise pós-operatória.
  - Isquemia crítica de membros ou visceral, dissecção da aorta.
- Ressalto que essas intercorrências são estatisticamente muito baixas, mas podem ocorrer tanto as listadas acima que são as mais vistas quanto situações imprevisíveis de qualquer sistema do corpo humano.
- Cicatrizes hipertróficas ou quelóides.

**DECLARAÇÃO DO PACIENTE:**

1. Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados a **REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA** bem como da realização de procedimentos ao(s) qual(is) será submetido o paciente, complementando as informações prestadas pelo médico responsável e pela equipe de colaboradores da SCMSSP;
2. Estou ciente que a **REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA** é a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do paciente. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições;
3. Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar prejuízo nos resultados normalmente esperados;
4. Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente;
5. Declaro que foram observadas todas as orientações prévias e necessárias para a realização do procedimento, bem como declaro que foram fornecidas todas as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, **sem nada ocultar**, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações;
6. Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que



não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis decorrentes deste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes;

**7.** Entendo que não há garantias de resultados, porque o sucesso da cirurgia depende de múltiplos fatores, incluindo características individuais do paciente, tipo de lesão, qualidade do tecido, adesão ao tratamento e fatores não controláveis pela equipe médica, sendo que, mesmo com a cirurgia bem-sucedida, pode haver limitações funcionais em relação ao procedimento realizado e ser necessário fazer procedimentos adicionais no futuro.

**8.** Declaro estar ciente de que o não cumprimento das orientações médicas pós-operatórias pode comprometer significativamente o resultado da cirurgia, podendo resultar em: oclusão de pontes, síndrome pós-esternotomia ou necessidade de nova intervenção cirúrgica, isentando a equipe médica e a instituição de responsabilidade por resultados inadequados decorrentes do não seguimento das prescrições;

**9.** Comprometo-me a comparecer pontualmente a todas as consultas de retorno agendadas e a comunicar imediatamente à equipe médica qualquer intercorrência, anormalidade ou complicações que venha a apresentar no período pós-operatório;

**10.** Declaro compreender que, durante o procedimento cirúrgico, podem surgir situações imprevistas que exijam procedimentos adicionais, modificações da técnica planejada ou uso de materiais alternativos, autorizando a equipe médica a tomar todas as decisões que julgar necessárias para minha segurança e melhor resultado terapêutico;

**11.** Autorizo o registro fotográfico, em vídeo ou outros meios, do procedimento cirúrgico e evolução pós-operatória, exclusivamente para fins médicos, científicos, educacionais ou de documentação no prontuário, garantindo-se a preservação da minha identidade;

**12.** Consinto com a utilização dos dados clínicos relacionados ao meu caso para fins de pesquisa científica e estatística, desde que preservada minha identidade e mantido o sigilo médico;

**13.** Declaro ter sido informado sobre a possibilidade de necessidade de procedimentos cirúrgicos futuros relacionados ou não à presente cirurgia, incluindo revisões, reparos ou tratamento de complicações;

**14.** Li o presente termo e recebi os esclarecimentos necessários de forma comprehensível pelo médico responsável e equipe;

**15.** Fui informado sobre o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto;

**16.** Fui informado, ainda, que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

**17.** Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização **REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO**.

**TERMO DE REVOGAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)**

Confirme que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de REVOGAR este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

(  ) Paciente (  ) Responsável

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

**DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL**

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM-MG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

(  ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

(  ) Não foi possível a coleta deste Termo de consentimento Informado, por tratar-se de EMERGÊNCIA.

**TESTEMUNHAS**

**1ª Testemunha**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**2ª Testemunha**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA QUE DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA AO HOSPITAL**

- Todos os documentos pessoais.
- Exames realizados.
- Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou guia do plano de saúde autorizada;
- Avaliação Pré-anestésica;
- Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.

**ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- Caso faça uso de medicamentos, comunicar ao médico assistente todos os de uso contínuo para serem avaliados e se necessário suspensos antes da cirurgia, em especial antiagregantes ou anticoagulantes.
- Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muita pouca água;
- Diabético, NÃO TOMAR os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros;
- Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.
- Em caso de febre ou mal-estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- A remoção dos pelos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

**CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS**

- É muito importante a conscientização e, se possível, a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do HEMOMINAS.
- Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação.
- Qualquer dúvida, pergunte ao seu médico.
- Para mais informações e doações, entre em contato com a Unidade do Hemominas de São Sebastião do Paraíso.

São Sebastiao do Paraíso - MG \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável  
CPF: \_\_\_\_\_