|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  Transplante Cardíaco  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , e a equipe de Transplante Cardíaco do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a realizarem a cirurgia de TRANSPLANTE CARDÍACO, como forma de tratamento para a doença que possuo:      , a qual se encontra em estágio avançado de evolução e me faz correr risco de vida, sem o devido transplante.  Declaro, expressa e voluntariamente, que eu e meus familiares fomos informados de forma clara e detalhada sobre a natureza e os motivos do tratamento proposto, as possíveis alternativas existentes, os benefícios esperados, bem como os riscos que corro a ele me submetendo. Fomos informados também das condições do doador e do enxerto e que, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a sobrevida média dos pacientes submetidos a TRANSPLANTE CARDÍACO é superior a 90%. Foi-me dada oportunidade de fazer perguntas, e todas elas foram respondidas completa e satisfatoriamente.  Tenho plena consciência que o transplante cardíaco é um procedimento de alto risco, envolvendo inclusive risco de morte, já que complicações podem surgir tanto no ato cirúrgico quando nos períodos pós-operatórios imediato e/ou tardio. Estou ciente que os resultados finais dependem de vários fatores, como o estágio de evolução da doença que possuo, fatores relacionados ao doador e ao órgão doado e a possibilidade de complicações intra ou pós-operatórias.  Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:   1. Suspensão do procedimento por complicações e dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a realização da mesma. 2. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade da realização de qualquer tipo de anestesia por condições técnicas ou clínicas surgidas imediatamente antes do ato cirúrgico. 3. Dor ou desconforto na região da incisão cirúrgica requerendo medicamentos analgésicos. 4. Possibilidade de edema, hematoma, infecção e ruptura parcial ou total do local da cirurgia, levando à necessidade de correção cirúrgica. 5. Cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (quelóide, cicatrização hipertrófica etc) no local da incisão cirúrgica. 6. Permanência de drenos no tórax para drenar coleções líquidas internas, ou ainda de sondas pelo nariz como sonda nasoenteral ou nasogástrica, respectivamente indicadas para alimentação e para drenagem do trato digestivo. 7. Permanência temporária ou não de sonda vesical (na bexiga) para controle do volume urinário. 8. Sangramento intra-torácico, durante ou após a cirurgia, especialmente no período pós-transplante imediato. 9. Necessidade de inserção de cateteres nas veias para reposição de líquidos, sangue e/ou controle de parâmetros hemodinâmicos (que são aqueles que se referem à manutenção de uma pressão arterial adequada). 10. Rejeição ou falha grave da função do órgão transplantado, com necessidade de correção cirúrgica, implante de aparelhos mecânicos para manter a circulação de sangue para o organismo e o funcionamento do coração e/ou novo transplante de urgência. 11. Perda de função dos rins, tanto de forma aguda quanto crônica (prolongada), que pode fazer com que haja necessidade de hemodiálise. 12. Complicações clínicas como acidente vascular encefálico, arritmias do coração, insuficiência cardíaca, danos neurológicos transitórios ou permanentes e infecção generalizada. 13. Risco de infecção por agentes infecciosos relacionados ao doador com sorologia positiva para hepatite ou sífilis. 14. Morte súbita. 15. Outros riscos (especificar quando pertinente):      .   Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento. Fui informado(a) que o procedimento pode vir a ser suspenso pela evolução da minha doença, não permitindo mais o transplante por problemas técnicos que envolvam tanto o órgão doado quanto o meu estado de saúde ou ainda fatores relativos à segurança da realização do transplante, cujo julgamento cabe à equipe médica.  Fui avisado(a) também que a cirurgia do transplante exige seguimento rigoroso no pós-operatório imediato e este atendimento, logo após a cirurgia, será feito na Unidade de Terapia Intensiva. Estou ciente e entendi que durante a internação nesta unidade poderão ser necessários alguns procedimentos invasivos para que o tratamento seja adequadamente realizado.  Reconheço que durante a cirurgia ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim sendo, autorizo a equipe médica, cirurgiões e intensivistas, a executar esses atos cirúrgicos e outros procedimentos que, segundo seu julgamento profissional, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o procedimento cirúrgico for iniciado.  Concordo também com a administração dos anestésicos considerados necessários. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a anestesia, e tais riscos me foram explicados.  Estou ciente, também, que se faz necessário o uso de medicações imunossupressoras para o tratamento profilático ou terapêutico da rejeição do transplante cardíaco. Fui devidamente informado(a) sobre as indicações, contra-indicações, necessidade de mudança das doses e principais efeitos colaterais destas medicações, tais como: dor de cabeça, náuseas, vômitos, perturbação do sono, retenção de líquidos, manchas na pele, aumento da suscetibilidade às infecções, hipertensão arterial, diabetes, insuficiência renal, câncer entre outros. Fui informado(a) também que a suspensão temporária ou definitiva destas medicações, sem orientação médica, implica em risco de apresentar rejeição do coração transplantado.  Fui avisado(a) ainda que após a realização do transplante cardíaco, será necessária a realização de biópsia cardíaca, que terá por objetivo avaliar a presença ou não de rejeição do novo órgão e que este procedimento possui risco de complicações tais como: hematomas, infecção, perfuração de câmaras cardíacas e óbito. Estou ciente que no primeiro mês após o transplante as biópsias serão realizadas semanalmente; no segundo mês a cada quinze dias; no terceiro mês, mensalmente e a partir do sexto mês a cada dois meses até um ano do transplante. Após o primeiro ano, a necessidade de biópsia cardíaca será definida pela equipe médica.  Autorizo também que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para o esclarecimento diagnóstico, ou para análise em posteriores pesquisas clínicas/experimentais que são realizadas em nosso laboratório de pesquisa.  Esta autorização inclui também, na eventualidade de óbito, a realização de necropsia a fim de determinar a causa da morte, o que poderá, com o diagnóstico adequado, trazer benefícios a meus familiares e a seus descendentes.  Autorizo ainda que imagens de procedimentos e de exames complementares, como cateterismo, tomografia computadorizada e ressonância, entre outras, possam ser utilizadas para fins acadêmicos, incluindo comunicações de casos a estudantes ou residentes e apresentações em eventos científicos, sendo garantido meu anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do meu prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Estou ciente que o tratamento não se limita ao TRANSPLANTE CARDÍACO, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir. Sei, ainda, da necessidade de me manter sob controle médico pelo resto de minha vida, comparecendo às consultas periodicamente, realizando as biópsias indicadas e tomando corretamente os remédios que me forem prescritos pela equipe médica para controle da rejeição ou outros motivos.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica que o TRANSPLANTE CARDÍACO é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.  Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.  Data:      /      /  Nome (em letra de forma) da paciente ou responsável:  Assinatura da paciente ou responsável:  Grau de parentesco do responsável:  Assinatura e CRM do médico:      Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução. | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO Serviço de Cirurgia Cardíaca**  **TRANSPLANTE CARDÍACO** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-501FE – gráfica hcpa – out/22**