

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: \_\_\_\_\_

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

RG: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

## TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO MARCA PASSO

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_, nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ou seu responsável Sr. (a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM- \_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado **“IMPLANTAÇÃO MARCA PASSO CARDÍACO”**, e/ou **“TROCA DE GERADOR DE MARCA PASSO”** todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** Procedimento que visa manter um número adequado de batimentos cardíacos através de um fio de estimulação e um aparelho de comando (gerador). Pode ser: PROVISÓRIO – quando o aparelho (gerador) fica externo e permanece por alguns dias enquanto necessário; DEFINITIVO – o gerador é implantado embaixo da pele por uma pequena cirurgia e ali permanece por toda vida.

**INDICAÇÕES:** Quando a frequência cardíaca é 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.

### RISCOS E COMPLICAÇÕES DO PROCEDIMENTO:

Relacionadas a punção da veia próxima ao coração para instalação do fio de marca passo: Hematomas; Sangramentos; Pneumotórax;

Infecção no local quando o fio provisório é necessário por muito dias.

Relacionadas ao comando ou estímulo: arritmia ventricular grave ou parada cardíaca no momento da instalação (raro).

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, 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 (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 seu julgamento.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para a sua realização.

Cuiabá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura e Carimbo do Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

RG/CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_