

## CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO  
DOENTE, PREENCHER:

Identificação do doente

NOME:

DATA NASC:

NSC:

**Nome do procedimento:** VAD – dispositivo de assistência mecânica ventricular

**Objetivo:** O VAD é um dispositivo que ajuda o coração a funcionar melhor e que pode ser utilizado em certos doentes com insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção ventricular esquerda reduzida (dificuldade do coração em bombear o sangue para a aorta) em fase avançada, em quem os tratamentos medicamentosos estão no seu nível máximo. Alguns destes doentes podem ser candidatos a transplante cardíaco, e o VAD pode ser usado como “ponte” para o transplante, de forma a melhorar os sintomas enquanto o doente aguarda o transplante, diminuindo o número de internamentos por IC e aumentando a sobrevida. Em alternativa, o VAD pode ser utilizado como “terapêutica de destino”, isto é, quando os doentes não são candidatos a transplante cardíaco pela presença de contra-indicações formais.

**Modo de realização:** A implantação deste tipo de dispositivo requer a realização de um ato cirúrgico, no bloco operatório da cirurgia cardíaca. Durante o procedimento é implantada uma bomba que aspira sangue do ápex (ponta) do ventrículo esquerdo e injeta-o na aorta, mantendo assim o fluxo de sangue. O VAD ficará dentro do tórax do doente. O sistema de controlo e a bateria são exteriores e a conexão ao sistema é feita através de um sistema debaixo da pele. Antes da implantação do VAD ser efetuada, o doente terá que ser submetido a vários exames. Este consentimento significa, se o assinar, que concorda com a realização dos mesmos e que também concorda com a implantação do VAD. No entanto, será pedido novo consentimento, pela equipa de cirurgia cardíaca, antes da implantação.

**Efeitos esperados e eventuais benefícios:** O VAD dá suporte circulatório mecânico até à realização do transplante cardíaco ou, no caso de não ser candidato a transplante, até final de vida.

**Alternativas terapêuticas:** Não se aplica.

**Riscos/complicações:** Durante o procedimento e após este, podem ocorrer complicações mecânicas que levem a embolização (gasosa, coágulos), formação de coágulos no circuito, e problemas por má função do ventrículo direito, nomeadamente insuficiência hepática e cardíaca. Podem ocorrer também com frequência complicações médicas, como hemorragias (cerebral, gastrointestinal, outras), acidentes vasculares cerebrais, convulsões, infecção, hemólise, anemia e hipertensão arterial. Pode também ocorrer problemas ao nível da válvula aórtica. As hemorragias são as complicações mais frequentes, principalmente porque é necessário tratamento anticoagulante e antiagregante (como referido abaixo). As hemorragias são frequentemente no sistema gastro-intestinal, mas também cérebro-vasculares. Estas ou outras complicações, como a ocorrência de infecção, levam frequentemente a internamento.

### Outras informações:

- O doente terá que efetuar cronicamente terapêutica anticoagulante com varfarina e antiagregante com aspirina.
- A existência de outras patologias associadas/comorbilidade ou características específicas do doente, poderão estar associadas a risco acrescido de complicações.

### DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS

Serviço de Cirurgia Cardiotorácica  
Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 411

<https://www.ulssm.min-saude.pt/>

Serviço de Cardiologia (Pólo HPV)/  
Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca  
Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 469

**Local de realização/Contactos:**

- Serviço de Cirurgia Cardiotorácica
- Tel: 217 805 411

**Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.**

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Data:

Foi entregue cópia deste documento

doente

representante legal

---

***Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.***

Compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto pelo médico acima identificado e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento. Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

**Concordo** com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

**Autorizo / Não autorizo** a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da doença. Em qualquer caso, será omitida a identidade e garantida a confidencialidade dos dados.

**Recuso** a realização do ato proposto e assumo as consequências que daí possam resultar.

O doente

representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

---

IMP 010.03/17

Página 2 de 3

De acordo com: Norma da DGS Nº 015/2013 de 03/10/2013, atualizada a 04/11/2015; Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados) – Jornal Oficial da União Europeia (Edição em Língua Portuguesa), L119, 59º ano, 4 de Maio de 2016.

## REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O doente

representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

---

## REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O doente

representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

---

DEPARTAMENTO DE  
CORAÇÃO E VASOS

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610  
<https://www.ulssm.min-saude.pt/>

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215  
Página 3 de 3