

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Obs: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO DO CORAÇÃO

O estudo eletrofisiológico do coração é um exame que estuda o sistema elétrico do coração, que é o responsável pela origem e pela condução dos impulsos elétricos que permitem ao coração contrair-se e realizar as suas funções. Quando o sistema elétrico do coração apresenta anomalias, podem ocorrer as arritmias cardíacas.

As arritmias cardíacas podem manifestar-se como batimentos muito rápidos, muito lentos ou irregulares, causando sintomas como palpitações, dificuldade para respirar, vertigens, perda da consciência e morte súbita.

Através do estudo eletrofisiológico, é possível estabelecer o mecanismo e o local de origem de sua arritmia cardíaca sendo a base para o correto diagnóstico e tratamento.

Este estudo é realizado através da introdução de algumas sondas (ou cateteres) através da veia femoral (na virilha) e raramente, se necessário, através da veia jugular interna (pescoço). Depois de introduzidos nas veias, os cateteres são levados até o interior do coração, guiados através de imagens obtidas pelos raios X.

Desta forma, o médico poderá estudar os problemas do sistema elétrico do coração, induzir e avaliar a arritmia responsável pelos sintomas que o acometem no dia a dia.

RISCOS E COMPLICAÇÕES DO PROCEDIMENTO:

O risco dos procedimentos descritos é, em geral, muito pequeno. As complicações que podem ocorrer são descritas de acordo com sua apresentação:

1) Relacionadas a via de acesso: No local da introdução dos cateteres podem ocorrer hematomas, tromboflebite, trombose venosa profunda, fístula artério venosa, dissecção arterial. Essas complicações são curáveis com remédios e repouso no leito e só raramente requerem transfusões sanguíneas ou intervenções cirúrgicas.

2) Complicações cardíacas ocorrem raramente (<1% dos casos) e as principais são:

Derrame pericárdico, que habitualmente resolve-se em curto período de tempo com tratamento clínico. Um derrame de maior volume, conseqüente a uma perfuração da parede cardíaca poderá ter conseqüências graves (tamponamento cardíaco, morte) e necessitar de intervenção cirúrgica.

Bradicardia devido lesão do nódulo sinusal ou do nódulo átrio-ventricular (bloqueio AV); que se persiste é grave podendo necessitar de um implante de marcapasso definitivo.

Arritmia ventricular mal tolerada que poderá necessitar de cardioversão elétrica e, em casos muito graves, causar parada cardiocirculatória.

Embolia periférica secundária à mobilização de pequenos trombos, que poderão causar transtornos circulatórios em vários locais (artérias de membros inferiores, rins, cérebro, retina) com eventual comprometimento da função destes órgãos em diversos níveis de gravidade.

Rarissimamente, pode ocorrer morte em conseqüência de uma destas complicações cardíacas.

CONSENTIMENTO:

Estou ciente que estarei realizando um procedimento solicitado por meu médico assistente.

Declaro que li e recebi informações suficientes sobre o procedimento ao qual deverei ser submetido, seus riscos, problemas potenciais, chances de sucesso e insucesso.

Recebi informações suficientes sobre as alternativas de tratamento e as conseqüências de abdicar do mesmo.

Entendo, que do meu procedimento, irão participar médicos e outros profissionais da área de saúde.

Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia, inclusive transfusão de sangue ou derivados.

Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiológico.

Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo a confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente aos comitês de ética em pesquisa.

Tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre meu tratamento e o procedimento que serei submetido, me sendo prontamente respondido e esclarecidas todas as minhas dúvidas com linguagem de fácil compreensão. Compreendo que a natureza da prestação dos serviços médicos é de meio, estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado.

Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Testemunha

Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL:

- () 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 situação de EMERGÊNCIA.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Hora: _____

Médico, CRM No.

REVOGAÇÃO: RJ, ____ / ____ / ____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)