

Termo de Ciência e Consentimento

ANGIOGRAFIA CEREBRAL E/OU MEDULAR

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____

Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____

Convênio: _____

Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____,
declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

Angiografia cerebral e/ou medular

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado (a) de que a angiografia cerebral e/ou medular é o melhor exame para o diagnóstico das doenças que envolvem os vasos sanguíneos do cérebro e/ou medula.

Compreendi que o exame é realizado através da introdução de cateteres e fios a partir das veias e/ou artérias da virilha até a região a ser estudada. Nessa região é injetado o contraste que permite a visualização e a aquisição de fotos e vídeos dos vasos sanguíneos do cérebro e/ou medula. Algumas vezes, vasos sanguíneos do pescoço e do braço também podem ser utilizados. Normalmente, o procedimento requer apenas anestesia local e sedação, mas em situações de exceção o médico anestesista pode optar por anestesia geral.

Estou ciente de que a angiografia é um procedimento geralmente bem tolerado, mas que pode estar associado a complicações como sangramento/hematoma no local da punção, náusea, vômitos, e reações alérgicas leves ao contraste iodado. Essas complicações geralmente não trazem maiores repercussões clínicas e são controladas rapidamente. Entretanto, apesar de raras, complicações mais graves como isquemia ou hemorragia cerebral/medular, disfunção renal necessitando de diálise e reações alérgicas graves podem ocorrer e levar à internação prolongada, incapacidade temporária ou permanente, e até ao óbito.

Termo de Ciência e Consentimento

ANGIOGRAFIA CEREBRAL E/OU MEDULAR

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____

Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____

Convênio: _____

Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

Entendi que pode ser necessário o uso prévio de medicações que atuam na prevenção de reações alérgicas ao contraste, caso haja algum dado clínico que indique risco aumentado dessas reações.

Também fui informado(a) que, apesar do uso obrigatório de raios-X para geração das imagens, são utilizadas técnicas que reduzem ao máximo a dose de radiação à qual o paciente é exposto.

Compreendi que, quando a angiografia é indicada, as alternativas para diagnosticar as doenças dos vasos cerebrais e medulares são em geral menos eficientes ou inexistentes. Entre essas alternativas estão a angiotomografia e a angioressonância. Fui informado(a) também sobre as consequências de não realizar o procedimento da forma indicada.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão apresentar-se outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergências que necessitem mudanças e adaptações do procedimento proposto.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação;

Autorizo a realização de filmagens / fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

Termo de Ciência e Consentimento

ANGIOGRAFIA CEREBRAL E/OU MEDULAR

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

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 antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ ____ : ____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ ____ : ____ (hh:min)

Nome do
médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____