

# Termo de Ciência e Consentimento

## CATETERISMO CARDÍACO

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NÃO 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(s):

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

( ) CATETERISMO CARDÍACO

( ) CATETERISMO CARDÍACO + ESTUDO POR IMAGEM INTRAVASCULAR OU MEDIDA DA FFR/iFR

## O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Declaro que fui devidamente informado, em linguagem clara e objetiva sobre a minha doença, sua história natural, avaliação médica, resultados de exames complementares e seu prognóstico), assim como sobre as opções de tratamentos possíveis e alternativas terapêuticas.

A mim foi explicado que o Cateterismo Cardíaco é um exame invasivo do coração, realizado através de finos tubos plásticos, os cateteres, introduzidos em artérias e/ou veias dos braços ou pernas ou pescoço, sob anestesia local e sedação leve, e manipulados até o coração sob filmagem com raios-X. Uma vez no coração, as diversas etapas do exame, como medidas de pressão local ou coletas de amostras de sangue, poderão ser feitas. A Cineangiocoronariografia ou angiografia coronariana, quando necessária, é realizada durante este exame, e consiste na injeção de contraste radiológico iodado nas artérias do coração, as coronárias, tornando-as visíveis aos raios-X, e possibilitando a análise médica. Injeções de contraste poderão também ser feitas em outras áreas do coração e/ou grandes vasos que o cercam, para esclarecimentos diagnósticos necessários, conforme o caso.

Fui esclarecido (a) que, em situações de dúvidas após a análise da angiografia coronariana, uma avaliação complementar das artérias do coração através da realização de imagem intravascular por um cateter fino de ultrassonografia intracoronariana ou de tomografia de coerência óptica,

# Termo de Ciência e Consentimento

## CATETERISMO CARDÍACO

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

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

Registro: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

introduzido no interior da coronária, pode ser realizada durante o cateterismo. O esclarecimento diagnóstico sobre a gravidade da obstrução ou bloqueio nas artérias do coração poderá ainda ser realizado através da introdução de um fio-guia muito fino para registro das pressões sanguíneas no interior da coronária e medida da reserva de fluxo fracionada (FFR ou iFR). Compreendi que o estudo através da imagem intravascular ou a da medida da FFR/iFR, por serem invasivos, podem, raramente, levar a complicações como espasmo e lesões coronarianas (dissecções ou perfurações), dor torácica transitória, variações da frequência cardíaca, arritmias ou mesmo infarto do miocárdio.

Fui esclarecido(a) que pode ocorrer sangramento no local da punção do vaso sanguíneo e acúmulo de sangue embaixo da pele neste mesmo local (hematoma), e ainda, lesões na(s) artérias(s) e/ou veia(s) que tenham sido utilizadas. Fui informado também que o uso de contraste iodado está infrequentemente associado a reações alérgicas, sendo as mais comuns as do tipo urticária e/ou angioedema (vermelhidão e inchaço da pele) ou asmátiforme (falta de ar e piado no peito). Também fui informado que, apesar de muito raro, durante ou após qualquer procedimento, podem ocorrer arritmias cardíacas, derrame cerebral (AVC) ou ataque cardíaco (infarto do miocárdio), e que tais complicações e outras mais raras podem levar à internação prolongada, incapacidade temporária ou permanente e até óbito.

Fui informado(a) que este exame é realizado na sala de hemodinâmica, que possui toda infraestrutura necessária para realização do procedimento com segurança, estando toda a equipe preparada para o tratamento de eventuais complicações.

Declaro ter compreendido que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo de procedimento ou da eficiência dos cuidados médicos. Estou ciente que situações imprevisíveis, imponderáveis e emergências podem ocorrer. Autorizo, nestas circunstâncias, qualquer outro procedimento, exames, tratamento ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e outros hemocomponentes necessários para solucionar tais situações de acordo com suas características e peculiaridades técnicas.

Fui informado(a) que, no período pós-procedimento, devo comunicar o meu médico e/ou retornar ao pronto atendimento do hospital em caso de sangramento no local da punção do vaso sanguíneo

# Termo de Ciência e Consentimento

## CATETERISMO CARDÍACO

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

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

Registro: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

e de formação ou piora do hematoma, ou em caso de febre, vermelhidão ou saída de secreção do local do procedimento.

Foi-me concedido a oportunidade de esclarecer dúvidas e fazer questionamentos sobre a minha doença e tratamento a que serei submetido(a), assim como me foi disponibilizado a possibilidade de novos esclarecimentos caso eu julgue necessário. Estou ciente dos riscos e benefícios do procedimento proposto, assim como dos riscos decorrentes da **não realização** do mesmo podem **persistir dúvidas sobre minha condição de saúde, com consequências diretas sobre o prognóstico e resultado final do tratamento.**

## AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, 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);

Autorizo a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

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).

# Termo de Ciência e Consentimento

## CATETERISMO CARDÍACO

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

Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Registro: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_