

Termo de Ciência e Consentimento

ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO / ABLAÇÃO

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:

ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO / ABLAÇÃO

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

O estudo eletrofisiológico consiste na avaliação invasiva do sistema de condução elétrica do coração. É realizado através de punções na região da virilha e, muito infreqüentemente, na região do pescoço. Através dessas punções, são introduzidos fios de fino calibre (catéteres) que possibilitam a avaliação dos tempos de condução e possíveis arritmias cardíacas. Durante o procedimento, caso exista necessidade, pode ser utilizado um cateter capaz de cauterizar focos de arritmias (ablação).

Os benefícios desses procedimentos consistem na melhor avaliação de quadros de perda de consciência (síncope), diagnóstico mais preciso de palpitações e tratamento das arritmias através de cauterizações de seus focos. O valor diagnóstico e sucesso dessas técnicas variam a depender dos múltiplos cenários em que são empregadas, podendo chegar a mais de 95% de sucesso (no caso das taquicardias paroxísticas supraventriculares). Contudo, não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente da eficiência dos cuidados médicos. As alternativas aos procedimentos terapêuticos são o uso de fármacos (remédios) e a decisão pelo estudo eletrofisiológico/ablação por cateter deve partir da relação médico – paciente.

Quando bem indicados, o estudo eletrofisiológico/ablação por cateter podem levar a diagnósticos clínicos com importância na vida dos pacientes e/ou tratamentos que visam melhorar a qualidade

Termo de Ciência e Consentimento

ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO / ABLAÇÃO

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

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

de vida dos mesmos. A ausência de tais procedimentos, de maneira oposta, podem levar a maior tempo sem que exista diagnóstico definitivo dos distúrbios do ritmo cardíaco, levando a perda de qualidade de vida e a situações potencialmente graves.

No que concerne às complicações: estou ciente que situações imprevisíveis, imponderáveis e emergências podem ocorrer e fui devidamente esclarecido(a) que o procedimento envolve riscos, tendo sido prestadas todas as informações pertinentes sobre as possíveis complicações de causas conhecidas e desconhecidas, inclusive óbito, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, arritmias cardíacas, edema agudo de pulmão, choque anafilático, infecções de ordem e graus variados, alergias e/ou reações ao contraste, sangramentos, hematomas, insuficiência renal, complicações vasculares e hemodinâmicas, perfuração de câmara cardíaca ou vasos, perda de membros e/ou sua função, colocação de marca-passo definitivo, além dos riscos inerentes à anestesia e à própria utilização de instrumentos e equipamentos diversos. Foi explicado para mim que tais reações adversas são infrequentes, ocorrendo em menos de 3% dos casos, porém podem ser agravadas quando associadas a outros fatores pessoais do paciente, dentre os quais doenças subjacentes, cirurgia cardíaca prévia, antecedente de alergias, hipertensão arterial não controlada, tabagismo, alcoolismo, diabetes, obesidade, insuficiência renal, doença vascular encefálica, internação prolongada, insuficiência hepática, doenças cardíacas, doença aterosclerótica, câncer, desnutrição grave e idade avançada.

Fui informado(a) que, após a conclusão do procedimento, permanecerei em uma unidade de observação, geralmente por um dia, conforme a minha evolução clínica, e que restrições à movimentação das pernas e à deambulação serão necessárias para a minha recuperação. Compreendi que, após a alta hospitalar, devo seguir as orientações feitas pela equipe médica, incluindo eventualmente a indicação de restrições físicas por alguns dias para reduzir o risco de complicações vasculares ou hemorrágicas tardias, e que, na ocorrência de complicações, é recomendado que eu procure o serviço de emergência deste hospital para avaliação imediata.

Estou ciente que, após a alta hospitalar, devo realizar revisões regulares com membro(s) da equipe responsável pelo meu procedimento, com o objetivo de acompanhar a minha evolução clínica a médio e longo prazo.

Termo de Ciência e Consentimento

ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO / ABLAÇÃO

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

Paciente: _____ Sexo: _____

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

Convênio: _____

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

Médico: _____

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);

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).

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

Termo de Ciência e Consentimento

ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO / ABLAÇÃO

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

Paciente: _____ Sexo: _____

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

Convênio: _____

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

Médico: _____

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: _____