

# Termo de Ciência e Consentimento

## ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM OU SEM IMPLANTE DE STENT(S)

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

Nome do Paciente/ Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

Por este instrumento, eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que no dia ..... de ..... de 20....., às ..... : ..... (hh:mm):

### 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:

- ( ) ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM OU SEM IMPLANTE DE STENT(S)
- ( ) ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM OU SEM IMPLANTE DE STENT(S) + ESTUDO POR IMAGEM INTRAVASCULAR OU MEDIDA DA FFR/iFR
- ( ) ATRECTOMIA ROTACIONAL

### O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

A mim foi explicado que a Angioplastia Coronariana com ou sem implante de Stent(s) é um procedimento invasivo, que tem a finalidade de desobstruir uma ou mais artérias do coração (coronárias) que possuam ponto(s) de obstrução ou bloqueios. Estou ciente de que a angioplastia é realizada através de finos tubos plásticos, os cateteres, introduzidos em artérias do braço ou pernas, sob anestesia local, e manipulados até o coração sob filmagem com raios-X, semelhante ao cateterismo cardíaco diagnóstico.

Fui informado(a) que, através do(s) cateter(s) serão feitas injeções de contraste radiológico iodado nas artérias coronárias a serem tratadas, tornando-as visíveis aos raios-X, e possibilitando a análise médica. A desobstrução arterial é feita através da dilatação do interior da artéria, o que provoca o aumento do seu diâmetro e melhora o fluxo de sangue local. Essa dilatação pode ser feita com o uso de um Balão montado industrialmente na ponta de um cateter fino e levado até a obstrução,

# Termo de Ciência e Consentimento

## ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM OU SEM IMPLANTE DE STENT(S)

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

Nome do Paciente/ Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

onde é insuflado, provocando a dilatação do estreitamento local, ou pode ser feita através do implante de um ou mais Stents, diretamente ou após insuflação de um balão. Fui esclarecido(a) que o Stent é uma pequena prótese em formato de tubo, composto por uma malha metálica, que serve para dar sustentação às paredes da artéria coronária, após o seu implante. A mim foi explicado(a) que será escolhido o tamanho do stent que melhor se adequar ao meu quadro.

Dependendo do tipo de bloqueio coronariano, outros dispositivos poderão ser utilizados para tratar a(s) coronária(s), como o Rotablator, que consiste em um cateter com uma broca muito pequena em sua ponta, utilizada para desbloquear artérias extremamente calcificadas (duras), podendo ainda ser empregado um cateter balão que corta a placa que bloqueia a artéria coronária. Bloqueios coronários moderados ou de gravidade indeterminada pelas injeções de contraste poderão ser avaliados através da introdução de fio-guia muito fino dedicado ao registro das pressões sanguíneas no interior da coronária e à medida da reserva de fluxo fracionada (FFR ou iFR). Para auxiliar a angioplastia e o sucesso desse tratamento, o uso de imagem intravascular por um cateter de ultrassonografia intracoronariana ou de tomografia de coerência óptica, introduzido no interior da(s) coronária(s), pode também ser indicado durante o mesmo procedimento. Além do tratamento com os diversos materiais mencionados, poderão ser utilizados medicamentos que ajudam a diminuir a ocorrência de coágulos no sangue.

Fui informado(a) que a Angioplastia é realizada 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. A angioplastia coronariana tem uma probabilidade de sucesso superior a 90%, geralmente, resultando em melhora do quadro clínico provocado pela doença coronariana, e melhora da qualidade de vida e da capacidade funcional. Para os pacientes com manifestações agudas da doença coronariana, a angioplastia pode reduzir o risco de futuros infartos do miocárdio e de morte.

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 infreqüentemente associado a reações alérgicas, sendo as mais comuns as do tipo urticária e/ou

# Termo de Ciência e Consentimento

## ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM OU SEM IMPLANTE DE STENT(S)

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

Nome do Paciente/ Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

angioedema (vermelhidão e inchaço da pele) ou asmatiforme (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.

Declaro ter compreendido que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo de stent escolhido ou da eficiência dos cuidados médicos. Estou ciente de que, mesmo havendo sucesso no procedimento e um bom resultado imediato, pode haver ainda re-obstrução arterial por reação cicatricial no local do(s) stent(s) ou, mais raramente, por coagulação do(s) stent(s), principalmente ao longo do primeiro ano após a angioplastia. Também estou ciente que é absolutamente necessário que eu utilize as medicações ditas anti-plaquetárias pelo tempo determinado pelo(s) cardiologista(s), e demais medicações prescritas, além de manter um acompanhamento médico regular, pois o não cumprimento dessas orientações pode resultar também em re-obstrução ou coagulação do(s) stent(s) implantado(s).

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

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, como o tratamento medicamentoso exclusivo ou a revascularização através da cirurgia cardíaca. Foi-me concedido a oportunidade de esclarecer dúvidas e fazer questionamentos sobre a minha doença e tratamento

# Termo de Ciência e Consentimento

## ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM OU SEM IMPLANTE DE STENT(S)

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

Nome do Paciente/ Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

a que serei submetido, assim como me foi disponibilizado a possibilidade de novos esclarecimentos caso eu julgue necessário. Estou ciente dos riscos e benefícios do tratamento/procedimento proposto, assim como dos riscos decorrentes da não realização do mesmo(s).

### 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).

Paciente  Responsável

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

# Termo de Ciência e Consentimento

## ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM OU SEM IMPLANTE DE STENT(S)

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

Nome do Paciente/ Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

### 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.

Nome do médico \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_