

Termo de Ciência e Consentimento

ANGIOPLASTIA VASCULAR

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NÃO 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:

ISQUEMIA CRÍTICA DE MEMBRO

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

- ANGIOPLASTIA SIMPLES COM BALÃO
- ANGIOPLASTIA COM COLOCAÇÃO DE STENT
- TROMBECTOMIA POR ASPIRAÇÃO

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Declaro que fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva sobre a minha condição clínica – isquemia crítica de membro – a respeito de sua história natural, resultados de exames complementares e seu prognóstico, assim como sobre as opções de tratamentos e alternativas terapêuticas possíveis, sendo estes, a cirurgia aberta, o reparo endovascular (por cateter) e o tratamento clínico.

Fui informado(a) que o reparo endovascular tem como objetivo a melhora da circulação do membro, com alívio total ou parcial dos sintomas relacionados à isquemia crítica, a melhoria da qualidade de vida, e possivelmente ainda reduzir o risco de amputação associado a esta doença, sendo considerado uma alternativa terapêutica válida e eficaz neste grupo de pacientes, do qual faço parte. Fui esclarecido (a) que o procedimento será realizado na sala de Hemodinâmica desta instituição hospitalar, por meio de punções na pele do(a) paciente para introdução de cateteres especiais, sendo utilizados contrastes iodados, a critério do médico executante.

A mim foi explicado em linguagem acessível o que segue:

Termo de Ciência e Consentimento

ANGIOPLASTIA VASCULAR

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: _____

Este procedimento visa corrigir a(s) obstrução(ões) arterial(is) do membro com o uso de cateteres específicos, podendo ser utilizados dispositivos de aspiração, dilatação por cateter balão ou a colocação de stent. Estes dispositivos são introduzidos através de um acesso a uma artéria do corpo – por exemplo, femoral (virilha), braquial (braço), radial (antebraço), alcançando a artéria obstruída para torná-la pérvia.

Este procedimento foi recomendado por uma equipe de especialistas para pacientes que tenham indicação de abordagem endovascular para reparo das obstruções arteriais. Todo o procedimento é orientado por raios X, auxiliando a equipe médica no posicionamento correto e na liberação segura do(s) dispositivo(s) na artéria acometida.

Uma vez liberado o dispositivo e desobstruída a artéria, o cateter é retirado e são realizadas manobras para conter eventuais sangramentos no local da punção (ou dissecação) para a conclusão do procedimento. Caso ocorra o implante de stent, o mesmo não poderá mais ser retirada, e a qualidade do seu implante será avaliada periodicamente através de consultas médicas e exames complementares.

Fui informado(a) que a probabilidade de sucesso deste procedimento depende de diversos fatores, como a cronologia da doença (há quanto tempo a artéria encontra-se obstruída), viabilidade do membro (se a isquemia ainda é reversível ou não), extensão e natureza da lesão oclusiva (se possui calcificações ou trombos organizados), bem como comorbidades do paciente, entre elas hipertensão, diabetes, vasculites, doenças do colágeno, tabagismo, malformações vasculares e variações anatômicas, trombofilias e estados de hipercoagulabilidade, dentre outros antecedentes patológicos que podem influenciar na taxa de sucesso de procedimentos endovasculares.

Fui devidamente esclarecido(a) que trata-se, portanto, de um procedimento de alta complexidade e que envolve riscos, tendo sido prestadas todas as informações pertinentes sobre as possíveis complicações de causas conhecidas e desconhecidas, inclusive óbito, amputação, insuficiência renal, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, infecções de ordem e graus variados, alergias e/ou reações ao contraste, sangramentos, hematomas, complicações vasculares e hemodinâmicas, perfuração de vasos, perda de membros e/ou sua função, 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, porém podem ser agravadas quando associadas a outros fatores pessoais do(a) paciente, dentre os quais doenças

Termo de Ciência e Consentimento

ANGIOPLASTIA VASCULAR

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: _____

subjacentes, cirurgia vascular 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.

Foi explicado também que os cateteres e próteses utilizados são submetidos a testes prévios, mas podem apresentar defeitos ou até sofrer fraturas, ocasionando reações adversas e lesões de ordem e graus variados, inclusive podendo vir a determinar a realização de uma cirurgia para sua remoção. Esses riscos, porém, são inferiores a 1%.

Fui informado(a) que, após a conclusão do procedimento, posso ser encaminhado a uma UTI por um ou mais dias, a critério das equipes de Cirurgia Vascular e Anestesiologia, 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(is) pelo meu procedimento, com o objetivo de acompanhar a minha evolução clínica a médio e longo prazo.

Declaro que, na forma que me foi explicado pelo médico, consegui entender perfeitamente em que consistirá o procedimento a que serei submetido(a). Declaro ter compreendido que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente 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.

Tomei ciência de que, na execução do procedimento proposto, estarão presentes o cirurgião vascular e sua equipe, podendo ser solicitada a presença de outros especialistas, bem como de observadores do fabricante do equipamento e do material utilizado, valendo a assinatura ao final deste Termo como autorização para a participação desses profissionais, sendo franqueado ao(s) mesmo(s) total acesso aos registros e informações médicas relativas ao meu caso.

Termo de Ciência e Consentimento

ANGIOPLASTIA VASCULAR

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: _____

Declaro, ainda, que tive a oportunidade de ler atentamente este documento e também de ouvir com atenção a leitura pelo médico de todas as informações apresentadas, podendo esclarecer todas as minhas dúvidas acerca dos riscos envolvidos e das possíveis consequências quanto à não realização do tratamento sugerido, como a piora dos sintomas e da qualidade de vida, a progressão da doença isquêmica do membro, que poderá culminar em amputação, insuficiência renal, septicemia e óbito. Declaro estar ciente quanto à eventual existência de procedimentos alternativos e minhas dúvidas foram satisfatoriamente respondidas e sanadas.

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 VASCULAR

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NÃO 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: _____