

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

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

HEMO - ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM OU SEM IMPLANTE DE STENT(S)

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

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 docoração (coronárias) que possuam ponto(s) de obstrução ou bloqueios. Estou ciente de que a angioplastia é realizada através de finos tubos plásticos, os cateteres, introduzido sem artérias do braço ou pernas, sob anestesia local, e manipulados até o coração sob filmagem com raios-X, semelhante ao cateterismo cardíacodiagnóstico. Fui informado(a) que, atravésdo(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 aumentado 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 elevado até a obstrução, 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 a o registro das pressões sanguíneas no interior da coronária e à medida da reserva de fluxo fracionada (FFR ou iFR). Para auxiliar aangioplastia e ou 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. Descrição adicional do procedimento:

Descrição adicional do procedimento:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tais medidas de suporte visam atingir melhor estabilidade clínica ao paciente como diminuição do uso de terapia medicamentosa para controle da perfusão das coronárias, melhor fluxo através das artérias coronárias para irrigação do coração e conseqüentemente melhora da qualidade de vida.

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento devem ser discutidas em conjunto ao (a) médico responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente. Foram apresentadas alternativas incluindo propostas menos invasivas de tratamento, como observação ou tratamento medicamentoso, e alternativas cirúrgicas (revascularização cirúrgica). Após avaliação, em face dos conhecimentos atuais e melhores evidências científicas, optado por este tratamento por ser a melhor opção para a condição clínica do paciente.

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

O paciente instável é aquele cujo estado hemodinâmico apresenta-se fora da adequação e depende de medidas de suporte invasivas. O paciente crítico é aquele que apresenta risco de descompensação e/ou estado fisiologicamente instável, ambos necessitam de constante vigilância e titulação contínua do tratamento de acordo com a evolução da sua doença.

A decisão de se submeter à cirurgia/procedimento na grande maioria das vezes é pessoal e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

Tal procedimento possuem como riscos:

- Hemorragias operatórias,;
- Transtornos cardiovasculares;
- Complicações inerentes ao ato anestésico;
- Choque anafilático;
- Insuficiência renal induzida pelo contraste
- Perfuração de vasos ou câmara cardíaca;
- Tamponamento Cardíaco;
- Impossibilidade de implane de algum dispositivo por razões anatômicas só identificadas durante o procedimento;
- Complicação tardias, como deslocamento de algum dispositivo implantado e ou rotura de estrutura adjacente à

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

prótese;

- Queimaduras pelo uso de eletro-cutério;
- Necessidade de cirurgia cardíaca de urgência;
- Infecções na ferida cirúrgica/sítio de punção;
- Hematomas;
- Recidiva da anormalidade;
- Óbito.

Fui informado 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 remoção dos mesmos. Porém, tais riscos são menores que 1%.

Tomei ciência que, na execução do procedimento proposto, estará presente o médico hemodinamicista e sua equipe, podendo ser solicitada a presença de outros especialistas, bem como de observadores do fabricante do equipamento e do material utilizado.

Todas as complicações, se ocorrerem, serão tratadas prontamente. Raramente a correção cirúrgica é necessária. Nesses casos, o retorno às atividades normais pode ser adiado por cerca de uma semana.

As complicações associadas a este procedimento/cirurgia, ainda que incomum ou raras, variam de lesões simples a mais complicadas aqui não descritas que podem requerer acompanhamento em unidade de terapia intensiva após a cirurgia.

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos de escolha para a atual condição clínica, porém pode não ser a cura para tal condição. Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Riscos potenciais adicionais:

REABILITAÇÃO

Fui informado de que, após a cirurgia, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação.

Estou ciente que processo de reabilitação pós-operatório é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais e do tratamento recebido, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

médicas para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica. O(A) médico(a) responsável discutiu e explicou as orientações de reabilitação.

Orientações adicionais de reabilitação:

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 exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

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.

Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

--

[] SIM [] NÃO - 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.

--

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).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Paciente ou _____
Responsável

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento

Nome: _____

RG: _____ 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.

Assinatura e
Nome do Médico / CRM