

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 - ARRITIMOLOGIA - ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO E ABLAÇÃO POR CATETER

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Foi-me explicado que o estudo eletrofisiológico e a ablação por radiofrequência são procedimentos invasivos realizados para o diagnóstico e tratamento dos pacientes que apresentam distúrbios do ritmo do coração denominados de arritmias cardíacas. A ablação é um procedimento que transmite uma energia chamada radiofrequência, através de um cateter que fica em contato direto com o músculo do coração. A energia de radiofrequência aquece o tecido cardíaco e provoca uma pequena queimadura localizada. A cauterização do tecido cardíaco resulta na eliminação de uma parte crítica do músculo do coração, que é essencial para o início ou manutenção da arritmia. O procedimento será realizado pelas equipes médica e de enfermagem em uma sala equipada com aparelhos específicos para esse fim, denominada de Laboratório de Eletrofisiologia ou Hemodinâmica. A primeira etapa de um estudo eletrofisiológico diagnóstico e/ou ablação por radiofrequência é a colocação de alguns cateteres em seu coração, geralmente dois ou três, para registrar a atividade elétrica de áreas que podem estar iniciando ou sustentando a sua arritmia. A fluoroscopia, que é um tipo de raio-x com luz, será usada para ajudar a guiar a colocação e movimentação dos cateteres. Sua virilha, serão anestesiadas para tornar o procedimento mais confortável. Você também receberá medicamentos, para ajudar a deixá-lo(a) mais relaxado(a) ou adormecido(a). Em crianças e em ocasiões especiais, o procedimento é realizado sob anestesia geral com a presença de médico anestesista. Serão realizadas punções de veias e artérias profundas por onde os cateteres irão entrar para serem posicionados em locais específicos dentro do seu coração. Em alguns casos, há a necessidade de alcançar o lado esquerdo do coração e uma pequena perfuração (punção transseptal) é realizada na área do coração chamada septo, que separa o átrio esquerdo do átrio direito ou também pode ser necessária uma pequena perfuração no tórax (punção sub-xifóide) para alcançar a parte externa do coração. Os cateteres são utilizados para compassar seu coração em diferentes regiões. Esse procedimento informará ao médico o local de origem da arritmia e, se possível e indicado, realizar a ablação para tentar curar a sua arritmia. O tempo de procedimento depende da facilidade com que a arritmia é induzida e localizada, podendo durar entre 1 a 3 horas ou, dependendo do caso, um pouco mais. Após o procedimento é necessário o repouso no leito por 6 horas, não podendo o paciente levantar-se durante esse período. O paciente permanece internado em média por um dia, podendo retomar suas atividades plenas em 3 a 5 dias.

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Você precisará retornar para consultas de seguimento, a primeira em 1 semana e a segunda em 3 meses após o procedimento.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

O médico que acompanha seu tratamento, junto com a equipe médica do serviço, indicou esse procedimento para tentar esclarecer o seu diagnóstico e/ou tratar a sua arritmia, como alternativa ao tratamento medicamentoso que, muitas vezes, não se mostrou satisfatório. Para esse procedimento, os benefícios para o paciente se mostram maiores que os riscos de complicação. O procedimento de ablação, além de ter alta chance de cura da arritmia, melhora a qualidade de vida do paciente. As taxas de sucesso variam de acordo com o tipo de arritmia, ficando aproximadamente entre 80 a 98%. A chance de recorrência da arritmia, na maioria dos procedimentos, é em torno de 10%.

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao(à) médico(a) responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente. Foi apresentada a alternativa de tratamento medicamentoso, mas os benefícios do procedimento para este caso se mostram maiores que os riscos de complicação e preferíveis às outras formas de tratamento.

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

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 possui como riscos:

- Reação alérgica ao anestésico local;
- Pressão sangüínea baixa;
- Hemorragia (sangramento) e/ou hematoma (inchaço) no local de colocação do cateter
- Desenvolvimento de uma bolsa falsa na parede do vaso sanguíneo (pseudo-aneurisma);
- Danos nas válvulas cardíacas (<0,1%);
- Perfuração da bolsa que envolve o pulmão (pneumotórax) (<0,1%);
- Emissão de sangue no espaço externo cardíaco (tamponamento cardíaco) (<0,3%);

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

- Deslocamento de um coágulo sangüíneo, resultando em um acidente vascular ou embolia e/ou obstrução da veia e/ou artéria (<0,1%);
- Dano ao sistema de condução elétrica normal do coração (bloqueio atrioventricular) com necessidade de marcapasso definitivo (<1%);
- Lesão na pele por exposição prolongada ao raio-X (radiodermite);
- Lesão dos vasos do coração (coronárias) (<0,06%);
- Morte (<0,1%).

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