

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 - CATETERISMO CARDIACO

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A mim foi explicado que o Cateterismo Cardíaco é um exame invasivo do coração, realizado através de finos tubos plásticos, os cateteres, introduzidos em artérias e/ou veias dos braços ou pernas ou pescoço, sob anestesia local e sedação leve, e manipulados até o coração sob filmagem com raios-X. Uma vez no coração, as diversas etapas do exame, como medidas de pressão local ou coletas de amostras de sangue, poderão ser feitas. A Cineangiocoronariografia ou angiografia-coronariana, quando necessária, é realizada durante este exame, e consiste na injeção de contraste radiológico iodado nas artérias do coração, as coronárias, tornando-as visíveis aos raios-X, e possibilitando a análise médica. Injeções de contraste poderão também ser feitas em outras áreas do coração e/ou grandes vasos que o cercam, para esclarecimentos diagnósticos necessários, conforme o caso. Fui esclarecido(a) que, em situações de dúvidas após a análise da angiografia coronariana, uma avaliação complementar das artérias do coração através da realização de imagem intravascular por um cateter fino de ultrassonografia intracoronariana ou de tomografia de coerência óptica, introduzido no interior da coronária, pode ser realizada durante o cateterismo. O esclarecimento diagnóstico sobre a gravidade da obstrução ou bloqueio nas artérias do coração poderá ainda ser realizado através da introdução de um fio-guia muito fino para registro das pressões sanguíneas no interior da coronária e medida da reserva de fluxo fracionada (FFR ou iFR).

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tais medidas de suporte visam atingir melhor diagnóstico de possíveis obstruções nos vasos sanguíneos que irrigam o coração, assim como outros problemas estruturais deste órgão, aperfeiçoando o diagnóstico das cardiopatias e auxiliando na conduta de melhor tratamento para o paciente e consequentemente melhora da qualidade de vida.

Benefícios esperados adicionais:

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

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 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 implan 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 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 durante o procedimento;

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

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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 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.

Paciente: _____

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

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

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 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.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: __/__/__

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

**Assinatura e
Nome do Médico / CRM**