

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:

MN - CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O que é a cintilografia de perfusão miocárdica? O estudo tem como objetivo pesquisar a presença e extensão de isquemia do coração e cicatrizes decorrentes de infartos prévios. O estudo também avalia a função contratil do coração.

Como é feito a cintilografia de perfusão miocárdica? Na cintilografia de perfusão miocárdica se administra por via venosa um radiofármaco, como o MIBI-99mTc. O radiofármaco utilizado é uma substância radioativa que se distribui no momento da injeção de acordo com o fluxo nas artérias que nutrem o coração, as artérias coronarianas. Um período após a administração desse radiofármaco, imagens do coração são realizadas em um aparelho de SPECT. Essas imagens refletem a perfusão miocárdica no momento da injeção.

Na maior parte dos casos são feitas duas administrações desse radiofármaco, uma em repouso e outra durante a realização de um protocolo que simula um aumento do trabalho do coração, ou um ?estresse cardíaco?.

De acordo com a solicitação médica e as características do paciente a etapa de ?estresse cardíaco? pode ser realizada por um teste de esforço em esteira (teste ergométrico), ou por um estímulo farmacológico com Dipiridamol, Adenosina ou Dobutamina. O ?estresse cardíaco? também pode ser realizado com uma combinação de um teste ergométrico e um teste farmacológico. O teste de esforço será realizado por um cardiologista capacitado e especialista.

No hospital São Rafael nós contamos com um aparelho híbrido SPECT-CT com colimadores dedicados ao estudo do coração, que pode ser utilizado no paciente, conforme indicação médica. Esse aparelho nos permite realizar imagens cardíacas rápidas e precisas.

Descrição adicional do procedimento:

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Auxílio diagnóstico e acompanhamento de resposta terapêutica, com potencial mudança de conduta nos tratamentos propostos da doença cardiovascular.

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Outros métodos de imagem. A não realização do exame pode interferir na decisão médica em relação ao diagnóstico e tratamento da doença de base. Salienta-se que o paciente ou responsável pode suspender a realização do exame a qualquer momento caso se sinta desconfortável ou inseguro em relação ao procedimento, respeitando o poder de decisão e autonomia do paciente.

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A cintilografia de perfusão miocárdica tem um excelente perfil de segurança. A dose de radiação da injeção do radiofármaco é baixa, não havendo chances de reações adversas agudas pela exposição à radiação. Nossa equipe é comprometida com as melhores práticas médicas e utilizaremos protocolos para minimizar a exposição a radiação e garantir um exame de boa qualidade técnica.

O risco teórico da radiação ionizante é muito maior para fetos e recém-nascidos. Mulheres grávidas, com suspeita de gravidez ou amamentando devem consultar a equipe médica do centro de medicina nuclear antes da marcação do exame.

Efeitos colaterais pela administração do radiofármaco são muito raros e usualmente leves. A literatura relata efeitos caracterizados por sintomas como gosto metálico na boca e dor de cabeça passageira, e que podem ocorrer imediatamente após a injeção. Na eventualidade de uma reação alérgica ao radiofármaco, a equipe médica estará disponível para tratar os sintomas.

Durante o teste ergométrico o paciente realizará o exercício apropriado para sua capacidade física. O médico aumentará progressivamente a velocidade e inclinação do aparelho, até o limite tolerado. À interrupção do exercício poderá ser solicitada pelo paciente a qualquer momento, devido a cansaço ou outros sintomas.

Eventualmente, o próprio médico poderá interromper o exame, se julgar necessário. Apesar de todos os cuidados, alguns incidentes raros poderão ocorrer, incluindo queda da esteira, arritmias, angina de peito ou tonturas. Essas intercorrências, em geral, são revertidas sem maiores dificuldades.

Caso o paciente não possa realizar o teste de esforço, ou por solicitação do médico assistente, o estresse farmacológico será realizado com o medicamento apropriado para cada caso. Apesar de rara, pode ocorrer alergia medicamentosa, geralmente manifestada por prurido cutâneo (coceiras na pele). Outros sintomas também podem ocorrer, como palpitações, dor de cabeça e náuseas. Os sintomas associados ao estresse farmacológico podem ser revertidos por medicamentos específicos disponíveis no serviço.

A punção venosa periférica que é necessária para a administração do radiofármaco pode ocasionar raramente

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

vermelhidão, dor e flebite (inflamação) local. A nossa equipe é qualificada e usará todos os cuidados preconizados para minimizá-los.

Como a administração adequada do radiofármaco é essencial para a qualidade do exame, é possível que seja necessário mais de uma tentativa de punção para garantir um bom acesso venoso.

Comumente, principalmente em idosos e crianças, se faz necessário posicionamento no equipamento com uso de faixas de segurança, específicas para garantir a qualidade da imagem e evitar eventos adversos relacionados a quedas.

Riscos potenciais adicionais:

REABILITAÇÃO

Não existem cuidados especiais a serem adotados após o exame.

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.

--

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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.

Assinatura e
Nome do Médico / CRM