

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:

**VASC - ANGIOPLASTIA E TROMBECTOMIA FARMACOMECÂNICA DE FÍSTULA
ARTERIOVENOSA E ANGIOPLASTIA VENOSA CENTRAL**

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Trata-se de procedimento cirúrgico com objetivo de reestabelecer fluxo na fístula arteriovenosa para permitir hemodiálise adequada.

Para avaliação detalhada do fluxo através da fístula e dos vasos locais, pode ser necessário iniciar o procedimento com uma angiografia (infusão de contraste no vaso).

O procedimento pode ser realizado através de técnica endovascular (minimamente invasiva), pela punção de um vaso à distância (membro superior ou inferior), ou através de incisão cirúrgica (corte) na região da fístula, para dissecação do vaso. Para reestabelecimento do fluxo, habitualmente são utilizados balões específicos, que são insuflados no local da estenose/obstrução arterial ou venosa por via endovascular. Pode ser necessário uso de stent (prótese) para correção adequada da lesão. Caso existam trombos impedindo o bom fluxo sanguíneo, pode ser necessária uso de medicamentos (trombolíticos) e/ou aspiração ou lise (quebra) dos trombos.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

A cirurgia tem como objetivo reestabelecer fluxo na fístula arteriovenosa para permitir hemodiálise adequada, reduzir complicações relacionadas a hemodiálise, tratar regimes de hipertensão venosa ou baixo fluxo e seus sintomas relacionados.

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

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao (a) médico (a) responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente. Entre as alternativas estão a manutenção de hemodiálise por cateter e diálise peritoneal, confecção de nova fístula, utilização de pontes venosas ou sintéticas, desativação da fístula.

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.

O procedimento proposto possui como riscos:

- Sangramentos (hemorragias) que podem gerar hematomas locais ou necessitar de novos procedimentos cirúrgicos;
- Infecções do sítio cirúrgico;
- Peristência ou recorrência da obstrução/estenose do vaso tratado, incluindo possibilidade de perda definitiva da fístula;
- Lesões vasculares arterial ou venosa, incluindo pseudoaneurismas/aneurismas no sítio de punção com sucessiva necessidade de compressão ecoguiada/intervenção cirúrgica;
- Síndrome do roubo (quando o fluxo de sangue absorvido pela fístula desvia em excesso o fluxo de sangue para a extremidade ? esta condição pode causar sensação de frio, câimbras, dor, redução de força ou, em casos mais raros e graves, dano ao membro pela falta de sangue), com possível necessidade de plástica ou desativação da fístula;
- Trombose ou não funcionamento da fístula ? nestes casos pode ser indicado novo procedimento cirúrgico;
- Lesão neurológica, com possibilidade de déficit motor e/ou sensitivo, temporário ou permanente;
- Insuficiência renal induzida pelo contraste;
- Queimaduras pelo uso de eletro-cutâneo;
- Necessidade de ligadura ou desativação da fístula;
- Em casos de uso de trombolíticos, há um risco aumentado de sangramentos, incluindo intracraniano ? acidente vascular cerebral hemorrágico (derrame);
- Riscos gerais como complicações relacionadas ao ato anestésico (a serem melhor esclarecidas pelo profissional anestesista) e complicações de origem cardíaco vascular não diretamente associados ao ato cirúrgico como trombozes da veias profundas das pernas ou pulmão, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, arritmias cardíacas, parada cardiorespiratória e morte súbita.

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 risco são menores que 1%.

Estou ciente de que procedimentos minimamente invasivos, por motivos técnicos ou relacionados ao paciente, podem ser convertidos a técnicas mais convencionais, de modo parcial ou total, quando a técnica inicialmente

Paciente: _____

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

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

proposta se mostre inviável ou de risco importante.

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 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).

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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

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**