

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 - ARTERIOGRAFIA E ENDOPRÓTESE

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A mim foi explicado que Arteriografia de Membros Inferiores é um procedimento invasivo, que tem a finalidade de visualizar as artérias localizadas nos membros inferiores após emissão de raio-x e transferência de imagens para o monitor, afim de identificar a existência de doenças vasculares na região. Estou ciente de que a Arteriografia é realizada através da inserção de um cateter na região da virilha com anestesia local para alcançar a região da perna que será estudada. Geralmente, é injetado contraste para tornar as estruturas anatômicas mais visíveis nas imagens radiográficas.

Fui informado (a) que a Angioplastia é realizada na sala de hemodinâmica, que possui toda infraestrutura necessária para realização do procedimento com segurança, estando toda a equipe preparada para o tratamento de eventuais complicações.

Fui esclarecido que o Implante de Endoprótese endovascular é um procedimento cirúrgico invasivo, que tem como objetivo normalizar o fluxo de sangue. O implante é realizado por meio de uma incisão/punção em ambas as pernas, na artéria femoral (na altura da virilha), onde é inserida a endoprótese principal em uma das incisões/punções e na outra uma menor, chamada contralateral ou extensão, estas são deslizadas até o local a ser tratado. Uma vez colocada a endoprótese, se faz a compressão e colocação de dispositivo hemostático em cada incisão, terminando o procedimento.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tais medidas de suporte visam atingir o diagnóstico mais preciso de doenças vasculares, permitindo a recomendação do melhor tratamento, além de eventualmente já tratar problemas obstruções vasculares para melhorar o fluxo sanguíneo e consequentemente a qualidade de vida do paciente

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 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.

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;
- Queimaduras pelo uso de eletrocautério;
- Distúrbio sensitivo e/ou motor;
- Embolização periférica;
- Isquemia de membros inferiores necessitando de revascularização, condicionando elevado risco de amputação;
- Hematomas ou pseudoaneurismas/aneurismas no sítio de punção com sucessiva necessidade de compressão ecoguiada/intervenção cirúrgica;
- Infecções na ferida cirúrgica/sítio de punção;
- 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 risco 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.

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 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

Paciente: _____

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

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

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).

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**