

**TERMO DE CONSENTIMENTO
ESCLARECIDO PARA RADIOLOGIA
INTERVENCIONISTA EM HEMODINÂMICA
Procedimentos Diagnósticos e/ou
Terapêuticos**

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do Hospital: _____

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Sexo: ____ Leito: ____

Data de Admissão: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Registro: _____

Nome do diretor médico: _____ CRM: _____

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento de _____, ao qual serei submetido(a) nesta Intuição. As angiografias (cateterismo) têm por finalidade diagnosticar inúmeras doenças vasculares e circulatórias com alto grau de precisão o que permite definir a necessidade e a estratégia de um eventual tratamento com base em elementos seguros.

Declaro, ainda, que:

a) Fui informado(a) prévia e claramente que o procedimento de cateterismo consiste na introdução de um tubo bastante fino (cateter), por via arterial ou venosa, onde ocorre injeção de contraste que permite à equipe médica identificar possíveis lesões e definir o estágio do comprometimento dos vasos sanguíneos e do órgão investigado.

b) Estou ciente de que, em procedimentos como este podem ocorrer complicações como hematomas e sangramentos nos locais da punção, lesões vasculares, além de obstruções no local ou à distância. Nos casos de procedimentos envolvendo o Sistema Nervoso Central, podem ocorrer inclusive Acidente Vascular Cerebral (AVC) como derrames/hemorragias podendo gerar sequelas, por vezes incapacidades permanentes e até a morte. Podem ocorrer também, complicações gerais como, infecções, problemas cardiovasculares e respiratórios, entre outros. Entendo também, que cateterismos são procedimentos médicos invasivos que podem apresentar situações inesperadas e fortuitas com complicações imprevisíveis.

c) Os materiais e dispositivos utilizados em procedimentos diagnósticos e terapêuticos em Radiologia Intervencionista, apresentam riscos inerentes ao seu uso, tais como rupturas, migrações, lesões vasculares, entre outros.

d) Recebi esclarecimento de que para a realização do procedimento proposto pode ser necessário o emprego de anestesia/sedação. Compreendo e aceito que a administração de sedativos/anestésicos podem causar complicações, ainda que sejam pouco frequentes. Estou ciente de que as medicações ministradas para a anestesia/sedação causam sonolência, e portanto, não devo dirigir veículos, operar máquinas ou ingerir álcool, por um período mínimo de 24 horas.

e) Estou ciente que para a realização do procedimento será necessária exposição a radiação ionizante (Raio-X).

f) Fui alertado(a) também quanto à utilização de contraste iodado durante o procedimento, e que raramente alguns pacientes apresentam reações adversas, entretanto, esse risco aumentará se o paciente for portador de insuficiência renal, diabetes, mieloma múltiplo, alergia severa ou antecedentes de reação ao uso de contraste iodado, sendo as complicações fatais são raras.

g) Assim, após o esclarecimento e por livre iniciativa autorizo que o procedimento proposto seja realizado pela equipe do médico abaixo identificado, incluindo-se quaisquer outros procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e emergenciais, fazendo uso de todos os recursos disponíveis nesta Instituição.

h) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

i) Relatei aos médicos responsáveis pelo procedimento acerca das medicações de que faço uso, das doenças, alergias e da possibilidade de gravidez (nos casos de paciente do sexo feminino).

continua no verso



j) Estou ciente da necessidade de me apresentar no dia do procedimento acompanhado de um adulto responsável.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmo que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

_____, _____ de _____ de 20____. Hora: ____: ____

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: _____ CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____ Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o procedimento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto