

**TERMO DE CONSENTIMENTO  
ESCLARECIDO PARA RADIOLOGIA  
INTERVENCIÓNISTA 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 Intituição. 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