

Termo de esclarecimentos, ciência e consentimento para Cateterismo Cardíaco e Angioplastia Coronária ("consentimento informado")



Por este instrumento, eu _____,
(nome legível, completo e por extenso do paciente) (identidade nº)

ou meu responsável, _____,
(nome legível, completo e por extenso do responsável) (identidade nº)

Declaro que:

1º) Fui informado (a) pelo médico (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a (s) seguinte (s) alteração (ões) e diagnóstico (s) de meu estado de saúde:

2º) recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

3º) estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) : cateterismo cardíaco e angioplastia coronariana para tentar curar, ou melhorar a(s) supra citada(s) condição(ões) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticadas pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) ou fortuitas;

4º) estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cárdio-vasculares e respiratórios. As principais complicações associadas especificamente ao Cateterismo Cardíaco são as seguintes: Infarto do Miocárdio, Arritmias Graves, Acidente Vascular Cerebral, Complicações Vasculares, Hemorragias numa proporção de 1 a cada 500 pacientes e óbito em 1 a cada 1000 pacientes. AS principais complicações associadas especificamente a Angioplastia de Coronária são as seguintes : Infarto do Miocárdio, Arritmias Graves, Acidente Vascular Cerebral, Complicações Vasculares, Hemorragias numa proporção de 1 a cada 200 pacientes e óbito em 1 a cada 100 pacientes. Estou ciente de que que complicações relacionadas a alergia ao meio de contraste ou medicamentos utilizados durante o procedimento podem determinar complicações imprevisíveis

5º) por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, excetuando-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude singular de cada evento.

6º) esta autorização é dada ao(a) médico(a) _____ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação.

7º) 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.

8º) consinto, portanto, ao(a) médico(a) supra identificado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Colatina, _____ de _____ de 20_____
(assinatura do paciente)

(Nome e assinatura do(a) responsável) pelo(a) paciente)

No caso de pacientes menores, ou que tenham responsáveis legais, ou
não possam assinar este documento

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada:

1) _____
(assinatura)

_____ (nº do documento de identidade)

_____ (nome completo e legível)

_____ (endereço)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu (seus) responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento (s)/procedimento(s) acima descritos.

Data: ____ / ____ / ____

_____ Assinatura do médico – CRM ES