

1. Fui informado que há grandes chances de que eu tenha obstrução(ões) (entupimento) nas artérias do coração e que isto pode ser a causa dos meus sintomas (dor ou desconforto no peito, falta de ar, etc) ou de alteração de resultados de exames que realizei (teste ergométrico, MIBI, Stress-ECO). O tipo de tratamento para este problema depende do conhecimento do número de obstruções, de sua localização e de como o meu coração (ventrículo esquerdo) está funcionando. Estas informações só podem ser obtidas através da introdução de um cateter ou sonda em um vaso da perna, do braço ou do punho. Esta sonda atinge o coração e serve para injetar contraste que permite enxergar as artérias e o próprio coração.

2. Quanto aos riscos do procedimento fui também informado que:

Durante o exame, será utilizado contraste iodado, um líquido que permite enxergar as artérias coronárias com o auxílio de aparelhos de raios-X. Fui informado que este líquido pode provocar reação alérgica leve em 1,5% ou grave em 0,2% dos casos. Pode também ocorrer lesão renal que varia de discreta alteração dos exames, habitualmente reversível, até franca insuficiência renal com necessidade de diálise (<1%).

A introdução dos cateteres ou sondas está sujeita a complicações e incluem a lesão do vaso com formação de pequenas dilatações ou aneurismas ou ainda a sua oclusão que pode necessitar de correção cirúrgica (0,5 a 3%).

Complicações mais raras são o acidente vascular cerebral (derrame) (menos de 1%) e a morte (risco de 1 em 5.000).

3. A responsabilidade médica e legal do meu procedimento é do(a)

Dr(a). \_\_\_\_\_ CRM-ES: \_\_\_\_\_. É prevista a participação de médicos auxiliares, mas a decisão final sobre qualquer conduta é da responsabilidade deste(a) médico(a) e será baseada no melhor conhecimento médico atual.

4. Compreendi todas as informações contidas neste documento e tive minhas dúvidas adequadamente esclarecidas. Os médicos consideram que os benefícios das informações obtidas com este exame superam os riscos acima descritos.

5. Fui informado que poderei retirar esta autorização, a qualquer tempo, sem prejuízo decorrente desta atitude. Declaro, por fim, que aceitei realizar meu tratamento, segundo estas condições, por livre e espontânea vontade.

Colatina-ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome da testemunha: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_