

• Nome (paciente): \_\_\_\_\_  
• CPF: \_\_\_\_\_  
• Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
• Convênio: \_\_\_\_\_  
• Plano: \_\_\_\_\_  
• Médico: \_\_\_\_\_  
• CRM: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO INVASIVO DE ABLAÇÃO

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao:  
( ) paciente e/ou ( ) responsável: \_\_\_\_\_, quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Invasivo (ablação) que tem por finalidade corrigir batimentos cardíacos, eliminando sintomas como palpitações, faltas de ar, dor no peito, tontura, escurecimento visual e até desmaios, sem os riscos e desconfortos inerentes aos tratamentos como medicamentos e/ou cirurgias cardíacas, ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Paulistano.

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo paciente e/ou responsável.

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( )paciente/ ( )responsável (grau de parentesco: \_\_\_\_\_).

### Declaro que:

- 1)Fui informado que o procedimento consiste na introdução de tubos bastante finos (cateteres) no coração, que conduzem ondas de radiofrequência inicialmente pra mapear a região responsável pela anormalidade e, posteriormente, eliminar a arritmia.
- 2)Relatei aos médicos responsáveis pelo procedimento acerca dos medicamentos que venho utilizando e ter seguido as determinações sobre a manutenção antes do procedimento, assim como ter observado o período de jejum prescrito pela equipe.
- 3)Estou ciente de que para realizar o procedimento médico invasivo acima especificado será necessário o emprego de anestesia. Compreendo e aceito que a administração de anestésicos pode causar complicações e que estão relacionadas à alergia ao medicamento administrado ou sua absorção direta por veia, causando intoxicação aguda e suas conseqüências;
- 4)Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, igualmente fui informado sobre os riscos e benefícios de não realizar nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).
- 5)Compreendo que durante o procedimento de ablação para tentar curar, ou melhorar a minha condição de saúde poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticadas, assim como também poderá(ão) ocorrer situações imprevisível(eis) ou fortuita(s),deste modo, **Autorizo** qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- 6)Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento **autorizo a realização do procedimento proposto.**

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

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

### Testemunhas:

1) Assinatura: \_\_\_\_\_ 2) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

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

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM/\_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_.