

**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA CATETERISMO CARDÍACO / ANGIOGRAFIA / COLANGIOGRAFIA**

Eu abaixo identificado declaro que fui informado, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento de \_\_\_\_\_, que tem por finalidade diagnosticar inúmeras doenças cardíacas com alto grau de precisão e conseqüentemente, permitir a definição da estratégia de tratamento com base em elementos seguros, ao(s) qual(is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Paulistano, autorizo a realização do procedimento que foi solicitado pelo meu médico.

**Declaro ainda que:**

- 1) Fui informado prévia e claramente que o procedimento consiste na introdução de um tubo bastante fino (cateter), por via arterial, até o coração, que, através da injeção de contraste, permite à equipe médica identificar possíveis lesões e definir o estágio do comprometimento coronariano.
- 2) Relatei aos médicos responsáveis pelo procedimento acerca dos medicamentos que venho utilizando e ter seguido as determinações sobre a manutenção deles antes do procedimento proposto. Informei ainda, todas as doenças que tenho conhecimento e eventuais complicações, inclusive alergias, assim como, que observei o período de jejum prescrito pela equipe.
- 3) Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, poderá ser necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico. A proposta do procedimento anestésico a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.
- 4) Autorizo também 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.
- 5) Fui informado quanto à importância, propósito, benefícios, riscos e complicações potenciais do exame solicitado. O meio de contraste iodado utilizado durante o exame será injetado em uma veia do corpo, ou arterial.
- 6) Entendo que a maioria dos pacientes não apresentam efeito colateral ou complicações na aplicação do contraste, porém, sei que existe certo risco, como em qualquer procedimento médico.
- 7) Estou ciente que durante a injeção do contraste poderá ocorrer uma sensação de calor, náusea ou vômito e que alguns pacientes podem ter reações alérgicas, incluindo coceira, e/ou urticária, inchaço nos olhos ou lábios, espirros, ou, raramente, dificuldade para respirar. Excepcionalmente, podem ocorrer complicações mais sérias como choque, insuficiência renal e problemas cardio-respiratório. Ocasões em que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital Paulistano.
- 8) Estou ciente de que pacientes que têm diabetes, mieloma múltiplo, alergia severa, ou antecedente de reação ao uso de contraste iodado, o risco poderá ser maior. Complicações fatais são raras.
- 9) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse, assim, autorizo a realização de todos os procedimentos clínicos necessários a realização do procedimento invasivo.

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

Paciente                       Responsável                       Testemunha

Nome Completo e legível \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco \_\_\_\_\_

**PREENCHIMENTO DO MÉDICO:**

Confirmando 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.

Médico (Nome Completo) \_\_\_\_\_

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