

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo informar ao(à) paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido(a). Assim, em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor e Recomendação do CFM nº 01/2016¹, serão lhe prestadas informações claras e adequadas quanto ao procedimento a ser realizado.

Identificação Do Paciente Ou Do Responsável Legal	
Nome:	
Nome Social:	
Tipo de Documento De Identificação:	Nº:

1. Eu, acima identificado(a), na condição de paciente do São Bernardo Apart Hospital S.A. ou de responsável legal pelo(a) paciente _____, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, DECLARO que fui informado(a) pelo(a) Dr(a). _____, CRM nº _____, que, em razão do meu estado de saúde, necessito ser submetido(a) a um “Cateterismo Cardíaco”.

2. Foi-me explicado que esse procedimento tem por finalidade principal identificar (diagnosticar) diversos problemas ou doenças cardíacas, inclusive obstruções nos vasos sanguíneos que irrigam o próprio coração (artérias coronárias), não tendo a finalidade, pelo menos inicialmente, de ser um método de tratamento (desobstrução).

3. Confirmo que entendi que o cateterismo cardíaco consiste na introdução de finos tubos plásticos denominados cateteres nas artérias e/ou veias dos braços e pernas chegando com eles até o coração, para realizarmos as diversas etapas do exame. Em alguns casos, durante o cateterismo cardíaco, pode ser necessário a realização de angioplastia coronariana (implante de *stent* ou dilatação com balão).

4. Fui esclarecido(a) de que para a realização do procedimento poderá ser necessária à utilização de uma substância denominada material de contraste, que é uma injeção, via endovenosa, de uma medicação líquida incolor. Este contraste facilitará a demonstração da anatomia e, caso existam, evidenciará anormalidades importantes para o diagnóstico. Normalmente, a injeção do contraste é um procedimento sem complicações.

5. Confirmo ter sido informado(a) que durante a aplicação do contraste, ou após o mesmo, poderá ser sentido um gosto metálico, náuseas e eventualmente uma sensação de calor, principalmente na face e cabeça e, depois, em outras partes.

¹ Recomendação do CFM nº 01/2016: “O CFM no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, CONSIDERANDO que o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados; CONSIDERANDO que as informações e os esclarecimentos do médico, na obtenção do consentimento do paciente, são fundamentais para que o processo ocorra livre de influência ou vício; CONSIDERANDO que são necessárias orientações éticas complementares sobre a obtenção do consentimento em situações especiais como emergências, recusa, possibilidade de transtornos psicológicos oriundos da informação, preexistência de transtornos mentais e riscos para a saúde pública; CONSIDERANDO o Princípio Fundamental XXI e os artigos 22, 31 e 34 do Código de Ética Médica; CONSIDERANDO que há insuficiência de orientações sobre quando obter o consentimento e sobre a forma de sua documentação; CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 21 de janeiro de 2015; RECOMENDA Art. 1º Nas decisões sobre assistência à saúde dos pacientes, os médicos devem levar em consideração o documento Consentimento Livre e Esclarecido.”

6. Compreendi que, como em todo procedimento, há riscos inerentes, ainda que todas as cautelas previstas em literatura médica sejam tomadas, podendo ocorrer eventualmente complicações como sangramentos e hematomas, lesões das artérias ou veias no local do acesso por onde é passado o cateter, alterações de pressão e do ritmo cardíaco, reações alérgicas ao contraste (como coceira, espirros ou edema nos olhos e sibilância - um chiado proveniente dos brônquios) e problemas renais (desenvolvimento de insuficiência renal, com maior risco em diabéticos, desidratados e idosos em uso de antibióticos e anti-inflamatórios).

7. Declaro ter entendido que existem, ainda, outras complicações mais raras e mais graves, como Acidente vascular cerebral (derrame cerebral), infarto agudo do miocárdio, choque anafilático, necessidade de cirurgia de urgência, inclusive com necessidade eventual de transfusão, e possibilidade de óbito em até 0,1% dos casos (até um caso para cada mil pacientes).

8. Compreendi que pacientes portadores de quadros alérgicos, em especial, especialmente aqueles que já apresentaram quadros alérgicos a exames com contraste, portadores de asma, de patologia cardíaca incapacitante ou considerada severa (grave), mieloma múltiplo, policitemia e feocromocitoma. e portadores de severa doença renal, particularmente causada por diabete, possuem risco elevado de efeito adverso ao contraste iodado.

9. Estou ciente que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de sedação e/ou anestesia, cujo método, técnica e fármaco serão de indicação do médico anestesista, e que, como qualquer procedimento médico, o procedimento não é isento de riscos, intercorrências ou complicações.

10. Fui esclarecido(a) de que a legislação nacional obriga os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e que os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos usando-se como parâmetro a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e o National Healthcare Safety Network (NHSN), sendo: Cirurgias Limpas – 4%; Cirurgias potencialmente contaminadas – 10%; Cirurgias contaminadas – 20%; e Cirurgias Infectadas – 40%.

11. Por fim, após ter sido esclarecido(a) acerca de todas as minhas dúvidas, e estar ciente de todos os riscos, tomei a decisão de realizar o procedimento, e registro minha autorização em relação a qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, que venham a ser necessários em situações imprevistas que possam ocorrer e demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, bem como autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

12. Com relação a transfusão de sangue ou hemoderivados, que venham a ser necessários em situações imprevistas que possam ocorrer e demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, você autoriza?

Sim

Não

13. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução do meu quadro pode obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo melhores práticas e literatura médicas.

14. Asseguro que recebi explicações claras, objetivas e acessíveis, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas remanescentes. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do Paciente e/ou Responsável:

Testemunhas (campo a ser preenchido na hipótese de paciente iletrado):

1. _____ CPF: _____

2. _____ CPF: _____

Colatina / ES, ____ de _____ de _____.

A ser preenchido pelo(a) médico(a):

Identificação do(a) Médico(a)		
Nome:		
CRM:	Tipo:	Nº:

Declaro que esclareci ao(à) paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido.

Declaro, ainda, que o(a) paciente [] possui/ [] não possui patologia capaz de influenciar no resultado do procedimento solicitado ou de ficar exposta a riscos maiores do que os habituais.

Carimbo / Assinatura do(a) Médico(a):

_____.

Colatina / ES, ____ de _____ de _____.