

1. Informado que possuo obstrução (entupimento) de artérias das minhas pernas e que elas são responsáveis pelos meus sintomas. O tratamento proposto pelo meu médico é a angioplastia, que é um dos tipos de tratamento desta condição. Consiste na introdução de um cateter através de um vaso da perna ou do braço, atingindo o local da obstrução, aonde um segundo cateter (balão) irá dilatar o estreitamento. Frequentemente, coloca-se uma pequena peça metálica na obstrução, chamada stent, para reduzir o risco de complicação e da volta da obstrução. A angioplastia de artérias dos membros inferiores, com ou sem colocação de stents, é uma das formas de tratamento possível e meu médico me explicou que a cirurgia e o tratamento clínico, apenas com remédios, são opções à ela. Neste momento, compreendi que a angioplastia foi considerada a melhor opção para o meu caso.

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

Durante o exame será utilizado contraste iodado, um líquido que permite enxergar as artérias com o auxílio de aparelhos de raios-X. É impossível realizar este tratamento sem usar o contraste iodado e fui informado que ele pode provocar reação alérgica leve em 1,5% ou grave em 0,2% dos casos. Pode também ser tóxico para os rins e causar insuficiência renal leve a moderada, mas na maioria dos casos isto é reversível.

Os cateteres ou sondas usados neste tratamento são introduzidos em vasos da virilha, braço ou punho. A introdução destes instrumentos está sujeita a complicações, que incluem a lesão do mesmo com formação de pequenas dilatações ou aneurismas ou ainda a sua oclusão que pode necessitar de correção cirúrgica (0,5 a 3%).

Morte raramente (< 1%) ocorre durante o procedimento

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

Dr(a). _____, CRM-ES: _____.

Embora esteja prevista a participação de médicos auxiliares, 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.

5. Fui informado que poderei retirar esta autorização a qualquer tempo, sem prejuízo decorrente desta atitude. Entretanto, estou ciente do risco de não ser tratado.

6. 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: _____