

1. Fui informado que possuo um sangramento em uma artéria no cérebro, nas artérias carótida e vertebral. O tratamento proposto pelo meu médico é a colocação de stent, que é um dos tipos de tratamento desta condição. A colocação de stent consiste na introdução de um cateter através de um vaso da perna, do braço ou do punho, que alcança as artérias do cérebro, onde um pequeno balão irá dilatar a obstrução. Habitualmente coloca-se uma pequena peça metálica, chamada stent. A colocação do stent é uma das formas de tratamento. Entretanto, compreendi que a colocação de stent foi considerada mais adequada para o meu caso.

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

Durante o procedimento 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) e a morte, que ocorrem em menos de 1% dos casos.

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.

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. 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: \_\_\_\_\_