

TCLE* – ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO E ABLAÇÃO POR CATETER DE RADIOFREQUÊNCIA

*TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
FILIAÇÃO:
DATA:

Eu, acima identificado(a), declaro que fui informado(a) pela equipe médica quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Cirúrgico de **ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO E ABLAÇÃO POR CATETER DE RADIOFREQUÊNCIA** ao qual serei submetido(a), declarando ainda, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, a realizar o procedimento acima indicado e todos o que incluem e outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: O estudo eletrofisiológico é um procedimento realizado para avaliar a atividade elétrica do coração. Durante o procedimento, cateteres são inseridos através de veias e artérias até o coração, permitindo a gravação e análise dos sinais elétricos. Já a ablação por cateter de radiofrequência é um procedimento terapêutico realizado durante o estudo eletrofisiológico. Nesse procedimento, uma corrente de radiofrequência é aplicada através de um cateter para destruir ou modificar pequenas áreas do tecido cardíaco que estão causando arritmias.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES: 1. Sangramento / 2. Lesão vascular / 3. Infecção / 4. Reações alérgicas / 5. Arritmias graves / 6. Dano ao sistema elétrico do coração / 7. Perfuração cardíaca / 8. Formação de cicatrizes / 9. Reações adversas à sedação / 10. Trombose venosa profunda / 11. Tromboembolismo pulmonar / 12. Acidente vascular cerebral (AVC) / 13. Infarto agudo do miocárdio / 14. Depressão respiratória / 15. Morte / 16. Está descrito que o uso de grande quantidade de Raio-X, em procedimentos longos, pode levar a efeitos como queimadura cutânea e raramente a câncer. É importante ressaltar que essas complicações são raras e a equipe médica está preparada para lidar com elas durante o procedimento.

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. **Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

DESCRIÇÃO ANESTÉSICA: Vide termo próprio (TCLE – ANESTESIA E SEDAÇÃO)

DECLARO AINDA QUE:

TCLE. 58 – 11/03/2024 – APROVAÇÃO: DR. CARLOS EDUARDO BARCELOS – DIRETOR CLÍNICO

- 1) Declaro que recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);
- 2) Autorizo a utilização de medicamentos anestésicos de acordo com o necessário ou desejável. Entendo que o uso destas medicações carrega um risco separado do risco dos procedimentos.
- 3) Autorizo a administração de drogas, estas drogas podem incluir medicações para auxiliar na indução ou identificação do ritmo cardíaco, como isoproterenol, adenosina, atropina, verapamil, betabloqueadores, ou para estabilizar o ritmo cardíaco, como lidocaína, procainamida ou amiodarona.
- 4) Atesto ter recebido informações suficientes para me dar uma compreensão geral da natureza do procedimento, os benefícios e os riscos mais frequentes. Alternativas diagnósticas e terapêuticas me foram explicadas. Do mesmo modo, também me foi explicado que durante a realização do procedimento, situações para as quais seja necessária intervenção cirúrgica ou outra ação de urgência podem ocorrer. Eu autorizo a realização destes procedimentos conforme julgamento do(s) médico(s) responsável(is).
- 5) Reconheço que os resultados da prática da medicina e cirurgia não podem ser previstos com precisão, e eu tenho conhecimento de que nenhuma garantia a respeito do sucesso do(s) meu(s) procedimento(s) pode ser dada.
- 6) Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.
- 7) Salvo em casos especiais, mulheres grávidas ou com suspeita de gravidez não devem se expor a Raio-x. Informe-me ao meu médico e a equipe de enfermagem sobre gravidez ou a possibilidade de gravidez.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Franca, de de

Assinatura do Paciente	Assinatura do Responsável
Testemunha 1 (nome por extenso)	Testemunha 2 (nome por extenso)

PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO MÉDICO ASSISTENTE:

() Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que o paciente acima referido está sujeito ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente/responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de **emergência**. Por ser verdade:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assinatura do Médico Responsável	Assinatura do Médico Testemunha (urgência)
CRM: <input type="text"/>	CRM: <input type="text"/>