



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO PARA CARDIOVERSÃO
ELÉTRICA ELETIVA**

TER.ESP.0365/01
Implantação: 11/2021
1ª Revisão: 09/2022
Classificação: RESTRITO

Eu, _____, nascido (a) em ___/___/____, inscrito no CPF _____, na condição de () paciente () responsável pelo paciente _____, inscrito no CPF _____, na qualidade de _____ (parentesco) DECLARO que fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a) abaixo assinado, de que as avaliações e os exames realizados revelaram as seguintes alterações, diagnósticos e/ou hipóteses diagnósticas:

DECLARO que fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), que procedimento a mim proposto de cardioversão elétrica trata-se de um procedimento indicado para reverter certos tipos de arritmia (alteração no ritmo dos batimentos do coração), especialmente a fibrilação atrial; flutter atrial e taquicardia atrial. O procedimento é realizado com o paciente em jejum (quando não for em caráter de urgência ou emergência), sedado (inconsciente) - acompanhado por anestesiologista - e consiste na aplicação de um choque elétrico no tórax. O choque é liberado através de duas pás ou placas adesivas posicionadas no tórax. A passagem da corrente elétrica pelo coração restaura o ritmo cardíaco normal em mais de 90% dos casos. Para poder ser submetido ao procedimento, o paciente deverá ser avaliado pelo médico, particularmente em relação ao uso correto de medicamentos anticoagulantes (remédios para afinar o sangue) por pelo menos 3 semanas. Alternativamente, antes da cardioversão o paciente pode realizar ecocardiograma transesofágico para confirmar a ausência de coágulos no interior do coração. O tempo do procedimento é de aproximadamente 1 hora. Quando a cardioversão é realizada em regime ambulatorial (apenas em pacientes estáveis sem problemas sérios de saúde), o paciente pode ser liberado para casa após um período de 3-6 horas de observação, durante o qual são monitorados os batimentos cardíacos. A taxa de sucesso da cardioversão elétrica é superior a 90%, sendo menor em pacientes que apresentam fibrilação atrial persistente há muitos meses ou tamanho do átrio muito aumentado.

Declaro que fui devidamente informado e esclarecido que o procedimento tem os seguintes riscos potenciais:

- A cardioversão elétrica é um procedimento considerado bastante seguro, porém podem ocorrer complicações em cerca de 3% dos casos.
- Apesar de todas as precauções, o deslocamento de coágulos no interior do coração (embolia) para outras regiões do corpo pode causar um derrame. Essa complicação é infrequente (<1%) e o período de maior risco é nas primeiras 48 horas após a liberação do choque.
- Outras complicações incluem o desenvolvimento de bradicardias (batimentos cardíacos lentos) em 1% dos casos; a pneumonia por aspiração (infecção nos pulmões causada pelo deslocamento de conteúdo do estômago para as vias respiratórias) em 0,2% dos pacientes; e edema pulmonar (água nos pulmões) em 0,4%. Em cerca de 5% dos pacientes portadores de marcapasso cardíaco podem ocorrer problemas nos cabos do dispositivo, em sua maioria transitórios.
- Raramente pode acontecer um ataque cardíaco (infarto agudo do miocárdio) ou obstrução de vasos sanguíneos dos braços, pernas, pulmões ou intestinos.

Hospital Unimed Chapecó - Coop. De Trab. Méd. Da Reg. Oeste Cat. - CNPJ 85.283.299/0002-72
Av. Porto Alegre, 132-D - Centro - Chapecó - SC - 049 3361 1800 - www.unimedchapeco.com.br

Referências

1. Botkin SB, Dhanekula LS, Olshansky B. Outpatient cardioversion of atrial arrhythmias: efficacy, safety, and costs. Am Heart J. 2003;145:233-238.
2. Joglar JA, Kowal RC. Electrical cardioversion of atrial fibrillation. Cardiol Clin. 2004;22:101-111.
3. Aitakainen KE, Grönberg T, Nuotio I, Nikkinen M, Ylitalo A, Biancarfi F, Hartikainen JE. Thromboembolic complications after cardioversion of acute atrial fibrillation: the FinCV (Finnish CardioVersion) study. J Am Coll Cardiol. 2013 Sep 24;62(13):1187-92.
4. Hellman T, Kiviniemi T, Nuotio I, et al. Optimal timing for cardioversion in patients with atrial fibrillation. Clin Cardiol. 2018;41:966-971.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CARDIOVERSÃO ELÉTRICA ELETIVA

TER.ESP.0365/01
Implantação: 11/2021
1ª Revisão: 09/2022
Classificação: RESTRITO

- Pode ainda ocorrer queimadura no tórax (no local onde foi liberado o choque).
- Essas complicações geralmente não trazem repercussões clínicas significativas, sendo rapidamente controladas pela equipe do hospital, porém, muito raramente (0,1%), pode ocorrer insuficiência respiratória grave (dificuldade severa para respirar) com necessidade de intubação orotraqueal (passagem de tubo na via aérea para iniciar a respiração por aparelhos) ou ainda o desencadeamento de arritmias cardíacas malignas (batimentos cardíacos muito acelerados) levando à parada cardíaca e morte.

Declaro que fui orientado(a) e esclarecido(a) quanto às possíveis consequências da não realização deste procedimento e/ou tratamento, mas que me foram apresentadas as alternativas para a sua não realização, quais sejam:

- (a) uso de medicamentos antiarrítmicos (remédios para tentar interromper arritmias) e;
(b) manter a arritmia mas utilizar remédios para manter a frequência cardíaca controlada.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, tendo entendido o presente termo, e tendo sanado minhas dúvidas quanto a ele, informo que:

- () Aceito a realização do procedimento de cardioversão elétrica
() NÃO ACEITO a realização do procedimento de cardioversão elétrica

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

Paciente Responsável (Grau de Parentesco): _____

Nome: _____

Assinatura: _____ Identidade n.º: _____

Chapecó, SC ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Deve ser preenchido pelo médico

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

Nome do médico: _____

Assinatura: _____ CRM/SC: _____

Chapecó, SC ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Hospital Unimed Chapecó - Coop. De Trab. Méd. Da Reg. Oeste Cat. - CNPJ 85.283.299/0002-72
Av. Porto Alegre, 132-D - Centro - Chapecó - SC - 049 3361 1800 - www.unimedchapeco.com.br

Referências

1. Botkin SB, Dhanekula LS, Olshansky B. Outpatient cardioversion of atrial arrhythmias: efficacy, safety, and costs. Am Heart J. 2003;145:233-238.
2. Joglar JA, Kowal RC. Electrical cardioversion of atrial fibrillation. Cardiol Clin. 2004;22:101-111.
3. Aitakainen KE, Grönberg T, Nuotio I, Nikkinen M, Ylitalo A, Biancarfi F, Hartikainen JE. Thromboembolic complications after cardioversion of acute atrial fibrillation: the FinCV (Finnish CardioVersion) study. J Am Coll Cardiol. 2013 Sep 24;62(13):1187-92.
4. Hellman T, Kiviniemi T, Nuotio I, et al. Optimal timing for cardioversion in patients with atrial fibrillation. Clin Cardiol. 2018;41:966-971.