

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	Padrão nº: FOR.GOV.005
		Página 1 de 3

Este Termo de Consentimento Informado tem por objetivo informar ao paciente e/ou ao seu responsável/representante legal, quanto aos principais aspectos (definição, objetivos, benefícios, riscos, efeitos colaterais e complicações) do procedimento de **ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO** ao qual o paciente será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico assistente e pela equipe do Hospital Unimed em Petrolina - HUP. Ressalta ainda que, caso o paciente seja menor de 18 anos, portador de doença física ou mental que comprometam o entendimento, pessoa inconsciente ou severamente debilitada, a responsabilidade de autorização será do familiar responsável(pai,mãe) ou responsável legal.

Definição: é um exame de imagem que avalia a estrutura e a função cardíaca por meio da introdução de uma sonda fina e flexível através do esôfago, obtendo imagens ultrassonográficas mais detalhadas do coração e das estruturas próximas. É complementar ao ecocardiograma transtorácico, indicado quando este é limitado ou incapaz em fornecer o diagnóstico.

Como é feito: é o exame realizado via introdução de sonda de ultrassom no esôfago. Para conforto do paciente, o exame é realizado com anestesia local da garganta, preferencialmente seguida de sedação leve a moderada, feita por injeção de medicamento por via endovenosa, suficiente para causar sonolência durante o tempo do procedimento. Em situações especiais, esta sedação poderá ser realizada por médico anestesiológico. O tempo médio do procedimento é de 50 minutos. O exame será realizado em ambiente monitorizado, havendo controle das frequências cardíaca e respiratória e da saturação de oxigênio. Caso o paciente receba sedação, será liberado somente após acordar. Na primeira hora após a sedação, pode haver algum grau de sonolência ou tontura. Poderá haver persistência dos efeitos sedativos por 12-24 horas.

Indicações do exame: é complementar ao ecocardiograma transtorácico, indicado quando este é limitado ou incapaz em fornecer o diagnóstico.

Benefícios: é um método importante para avaliação de estruturas cardíacas, trazendo informações detalhadas que ajudam os médicos a oferecerem o melhor cuidado possível aos pacientes.

Riscos e Complicações: comuns: desconforto, náuseas, dor de garganta; raras (menos de 1%): palpitações, diminuição da frequência respiratória, lesão de esôfago (0,01%) e óbito (menor que 0,01%).

Cuidados a serem tomados pelo paciente após a realização do procedimento:

- Permaneça em repouso por algumas horas, em função do uso de sedação;
- Evite dirigir ou operar máquinas por pelo menos 6 a 12 horas após o exame (ou conforme orientação médica);
- Aguarde de 30 minutos a 1 hora antes de ingerir alimentos ou bebidas;
- Comece com alimentos leves e pastosos. Evite alimentos quentes ou muito duros nas primeiras horas;
- Pode haver leve dor de garganta, rouquidão ou desconforto ao engolir, o que é normal e deve melhorar em 24 a 48 horas;
- Evite esforço vocal nas primeiras horas se sentir desconforto;

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	Padrão nº: FOR.GOV.C.005 Página 2 de 3
---	--	---

- Sinais de alerta (procure assistência médica se houver):
 - Dificuldade intensa para engolir;
 - Sangramento pela boca;
 - Dor torácica persistente;
 - Febre;
 - Falta de ar.
- Retome suas medicações habituais após o exame, salvo orientação contrária do médico;
- Deverá estar acompanhada, visto que pode haver limitação para realização de atividades simples.

DECLARO QUE:

1. Após cuidadosa avaliação da equipe médica fui informado da necessidade e indicação de realização do exame;
2. Recebi todas as informações necessárias relacionadas ao referido exame, os riscos de aceitar ou não, os seus benefícios, possíveis intercorrências, eventuais complicações e, também, possíveis alternativas de tratamento. Tudo foi devidamente esclarecido. Todas as minhas perguntas foram detalhadamente respondidas e as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente;
3. Prestei ao médico todas as informações relativas à saúde e hábitos do paciente, presentes e passadas, clínicas e cirúrgicas, inclusive as medicações em uso ou já utilizadas, e fui avisado que qualquer omissão ou informação equivocada poderá trazer graves prejuízos ou comprometer o resultado do tratamento;
4. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento ou parte dele, que especificarei, desistindo do tratamento, desde que não haja risco de vida.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	Padrão nº: FOR.GOV.C.005
		Página 3 de 3

LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTES TERMO,

AUTORIZO EXPRESSAMENTE O PROCEDIMENTO PROPOSTO.

PACIENTE
1. 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. 2. Em havendo necessidade de hemotransfusão sanguínea, qual a sua opção: ☐ ACEITO receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, caso a equipe médica considere necessário para meu tratamento, estando ciente dos benefícios, riscos e alternativas explicadas. ☐ RECUSO receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, mesmo que isso possa comprometer minha saúde ou colocar minha vida em risco, por motivos pessoais, religiosos ou outros. Declaro estar ciente das possíveis consequências da recusa e assumo total responsabilidade por essa decisão. Paciente: _____ Responsável (Grau de Parentesco): _____ RG: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____
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: _____ Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____