

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) CATETERISMO CARDÍACO	Padrão nº: FOR.GOV.013 Página 1 de 4
---	---	---

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 **CINEANGIOCORONARIOGRAFIA PERCUTÂNEA (CATETERISMO CARDÍACO)** a qual o paciente será submetido pela equipe médica do Hospital Unimed em Petrolina. 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 que estuda os vasos coronarianos, através da infusão de contraste dentro dos vasos coronarianos por meio de um cateter. Este procedimento permite diagnosticar e tratar condições cardíacas, principalmente obstruções das artérias coronárias, que levam sangue para o músculo do coração.

Objetivo: esse procedimento tem por objetivo principal identificar diversos problemas ou doenças cardíacas, inclusive obstruções nos vasos sanguíneos que irrigam o próprio coração (artérias coronárias), não possuindo a finalidade, pelo menos inicialmente, de ser um método de tratamento (desobstrução).

Como é feito: consiste na introdução de finos tubos plásticos denominados cateteres nas artérias e/ou veias dos braços e pernas chegando com eles até o coração, para realizarmos as diversas etapas do exame. Para a realização é necessário a utilização de uma substância denominada material de contraste, que é injetado, por via endovenosa, de uma medicação líquida incolor. Este contraste facilitará a demonstração da anatomia e, caso existam, evidenciará anormalidades importantes possibilitando o diagnóstico. Normalmente, a injeção do contraste é um procedimento sem complicações. Em alguns casos, durante o cateterismo cardíaco, pode ser necessário a realização de angioplastia coronariana (implante de stent ou dilatação com balão). O procedimento ocorre em ambiente destinado exclusivamente para esta finalidade, com todo o suporte adequado e sob sedação e/ou anestesia com auxílio do profissional anestesiológico com auxílio de monitorização cardiopulmonar.

Indicações do procedimento: Após a realização de exames menos invasivos e com base nos relatos dos sintomas, o médico pode determinar que um cateterismo cardíaco é necessário para confirmar algum problema cardíaco. As principais condições que podem estar em pauta são:

- Angina: estreitamento das artérias;
- Insuficiência cardíaca: quando o coração não bombeia o sangue adequadamente;
- Arritmias: batimentos desregulados;
- Alterações na anatomia do coração;
- Mau funcionamento das válvulas cardíacas;
- Infarto agudo do miocárdio – Cateterismo cardíaco de emergência.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) CATETERISMO CARDÍACO	Padrão nº: FOR.GOV.C.013 Página 2 de 4
---	---	---

Riscos e Complicações: Em todo procedimento, há riscos inerentes, ainda que todas as cautelas previstas sejam tomadas, são eles:

- Sangramentos e hematomas no sítio de punção;
- Lesões das artérias ou veias no local do acesso por onde é passado o cateter;
- Alterações de pressão e do ritmo cardíaco;
- Reações alérgicas ao contraste (como coceira, espirros ou edema nos olhos e sibilância). Em casos de gravidade pode ocorrer choque anafilático;
- Problemas renais (desenvolvimento de insuficiência renal, com maior risco em diabéticos, desidratados e idosos em uso de antibióticos e anti-inflamatórios);
- Acidente Vascular Cerebral;
- Infarto agudo do miocárdio;
- Necessidade de cirurgia de urgência;
- Necessidade eventual de hemotransusão; e
- Óbito (até 0,1% dos casos).

O que pode acontecer se não realizar o procedimento: Pode implicar em retardo do tratamento e/ou em piora clínica. A falta do diagnóstico apropriado evita o tratamento correto.

Cuidados que a paciente deve adotar durante o internamento hospitalar:

- Cuidados nas primeiras 24 a 48 horas
 - Repouso absoluto nas primeiras 6 a 12 horas, especialmente se o acesso foi pela virilha.
 - Evitar movimentar a perna ou o braço onde foi feito o acesso, para prevenir sangramentos ou hematomas.
 - Manter o curativo limpo e seco, observando sinais de infecção como vermelhidão, inchaço ou secreção.
- Medicações e hidratação
 - Tomar os medicamentos prescritos rigorosamente, como anticoagulantes ou antiplaquetários.
 - Beber bastante água para ajudar a eliminar o contraste usado no exame.
 - Evitar bebidas alcoólicas por alguns dias, pois podem interferir na recuperação e nos medicamentos.
- Evitar atividades físicas intensas e levantamento de peso por 5 a 7 dias.
- Sinais de alerta - Procure atendimento médico se notar:
 - Dor intensa ou crescente no local da punção
 - Sangramento ativo ou hematoma grande
 - Febre alta

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) CATETERISMO CARDÍACO	Padrão nº: FOR.GOV.C.013 Página 3 de 4
---	--	---

- Falta de ar ou dor no peito
- Retorno gradual à rotina
 - Atividades leves como caminhar podem ser retomadas após alguns dias, com liberação médica.
 - Trabalho pode ser retomado em 2 a 7 dias, dependendo da função e da orientação do cardiologista.

DECLARO QUE:

1. Após a realização da devida avaliação médica fui informado da necessidade e indicação do procedimento;
2. Recebi todas as informações necessárias relacionadas ao procedimento, tais como: definição, como será feito, benefícios, possíveis intercorrências e eventuais complicações. Tudo foi devidamente esclarecido. Todas as minhas perguntas foram detalhadamente respondidas e as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente;
3. Fui esclarecido que, em decorrência de situações ainda não diagnosticadas ou de complicações emergenciais, inesperadas e não discutidas ou previstas, poderá ser necessário procedimento cirúrgico;
4. Tenho consciência que, apesar da evolução da medicina e da perícia do médico, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo de procedimento pode ter complicações inesperadas, risco de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte;
5. 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;
6. Estou plenamente informado e satisfeito com as informações recebidas e sei que poderei esclarecer quaisquer novas dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento;
7. 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. Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização de **CATETERISMO CARDÍACO**. Afirmando ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) CATETERISMO CARDÍACO	Padrão nº: FOR.GOV.C.013
		Página 4 de 4

LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTES TERMOS, 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: ____:____