

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ARTERIOGRAFIA

Por este instrumento particular o(a) paciente _____, ou seu responsável, Sr.(a) _____, declara, 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, Dr.(a), inscrito(a) no CRM _____, sob o nº _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “ _____ ”, a ARTERIOGRAFIA é um exame invasivo realizado para se obter informações valiosas para o tratamento de pacientes com problemas nos vasos sanguíneos. O exame é realizado com anestesia local. No procedimento, um vaso braço é puncionado com cateter intravenoso que dentro deste vaso, chegando até o local de estudo. Os movimentos do cateter são observados através de raios-X em um monitor. Durante o procedimento são realizadas as avaliações dos vasos (artérias ou veias) de interesse.

São usados contraste (tinta especial) para visualização das artérias. Podendo também haver reações alérgicas, o que é bastante raro, principalmente as mais graves como o risco de vida. O contraste não fica dentro do organismo, sendo eliminado pela urina em poucas horas. Embora de baixo risco, esse procedimento pode ter complicações como dor e hematoma no local da punção (1%). Outras complicações possíveis e infrequentes são: morte (0,02%), AVC (0,02%), arritmias cardíacas e outras ainda menos frequentes. Há possibilidade de intervenção terapêutica no curso do exame, a ser decidida e realizada, se necessário, pelo profissional médico responsável pelo procedimento da angiografia.

Após o término do exame, o paciente será encaminhado à sala de repouso onde é retirado o introdutor (peça que foi colocada para a realização do exame), e ficará em repouso no leito, com o membro por onde foi realizado o exame totalmente estendido durante um intervalo de tempo que pode variar de 1 a 6 horas, de acordo com o tipo de exame. O local por onde o exame foi realizado é recoberto por um curativo compressivo.

Confirmo que o presente Termo de Consentimento foi lido, para que ele produza seus efeitos.

Aceito realizar o procedimento cirúrgico Não aceito realizar o procedimento cirúrgico

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Paciente Responsável

CPF (Responsável): _____ Grau de parentesco: _____

Paciente com acompanhante: Sim Não

Acompanhante ciente: _____ CPF (Acompanhante): _____

ESPAÇO DE PREENCHIMENTO DO MÉDICO CIRURGIÃO:

Através desta consulta foi explicado ao paciente e/ou responsável os benefícios, riscos e alternativas de tratamento e a necessidade de procedimento cirúrgico. Assim, dada a oportunidade de se fazer perguntas e esclarecidas as dúvidas, tudo foi compreendido plenamente.

Não foi possível a coleta deste Termo, tratar-se de situação de Emergência.

Assinatura médico cirurgião

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.