

Paciente: _____

Atendimento: _____ D.N: _____

INTRODUÇÃO

A angioplastia coronariana é um procedimento que tem por finalidade principal desobstruir (desentupir) os vasos sanguíneos que irrigam o coração (artérias coronárias), restabelecendo o fluxo sanguíneo nesse local. Consiste na introdução de um pequeno tubo plástico, denominado cateter, através de artérias geralmente localizadas nos braços e pernas (virilha), após anestesia local com ou sem sedação. Esse cateter é utilizado para dilatar o interior da artéria, a fim de aumentar o tamanho da via de passagem do sangue. Para guiá-lo até a região obstruída, faz-se necessária a injeção de um meio de contraste, que permite o aparecimento do contorno das artérias em imagens radiológicas.

Quase todas as angioplastias realizadas hoje utilizam *stent*, uma pequena malha metálica tubular, que é introduzida no local da obstrução através do cateter, e que ali se expande para sustentar as paredes da artéria.

O *stent* farmacológico é revestido de medicamentos anti-inflamatórios e imunossupressores que servem para desentupir as artérias do coração, do cérebro ou mesmo dos rins. Essas medicações são liberadas nos primeiros 12 meses de implante, com o intuito de diminuir a chance de o vaso fechar novamente. Nos convencionais, que apresentam apenas a estrutura metálica, sem medicações, ocorre maior risco de, nos primeiros 12 meses de implante, o vaso fechar novamente.

Como todo procedimento invasivo, a angioplastia tem riscos, e, apesar de pouco frequentes, podem ocorrer complicações vasculares como sangramentos e hematomas, lesões dos vasos no local do acesso onde é passado o cateter, alterações de pressão e do ritmo cardíaco, reações alérgicas ao contraste, problemas renais, e muito raramente reações adversas graves como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, necessidade de cirurgia de urgência, choque anafilático e morte.

Todo o procedimento é realizado na sala de hemodinâmica, que possui toda a infraestrutura necessária para realização do procedimento com segurança, com presença de equipe preparada para o tratamento de eventuais complicações. Após a angioplastia, serão prescritos medicamentos para reduzir a formação de coágulos, que devem ser utilizados corretamente no período especificado. Havendo necessidade de interrupção do tratamento por orientação médica, informe o seu médico sobre o procedimento realizado, a data de realização e o tipo de *stent* utilizado, uma vez que a interrupção pode trazer novos riscos, como uma nova obstrução da artéria. Salvo em casos especiais, mulheres grávidas ou com suspeita de gravidez não devem se expor a raios-X. Informe ao seu médico e à equipe responsável pela realização do procedimento se estiver grávida ou houver a possibilidade de gravidez.

Compreendi que, para a realização deste procedimento, é necessário a administração de meios de contraste por via arterial. Os meios de contraste são substâncias que contêm ioversol e / ou ioxitalamato de meglumina e de sódio em sua composição, porém o ioversol é o agente de contraste atualmente mais usado nestes procedimentos.

O uso de meios de contraste é considerado um procedimento seguro e suas reações adversas são pouco frequentes. Essas são classificadas em leves (náuseas, vômitos), moderadas (edema facial e broncoespasmo) ou graves (insuficiência renal ou respiratória, inclusive com risco de vida). Pacientes com doenças renais devem informar à equipe essa condição clínica.

Confirmando a veracidade das informações por mim prestadas e tenho ciência que a omissão de informações compromete o nível de segurança do procedimento.

CONSENTIMENTO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Autorizo a equipe médica do Corpo Clínico do Hospital Primavera a executar o procedimento designado como Angioplastia Coronariana e todos os procedimentos que incluam anestésias ou outras condutas médicas que se fizerem necessárias à investigação diagnóstica proposta.

Declaro estar ciente dos possíveis efeitos colaterais e dos riscos inerentes ao procedimento. Ainda me foi informada a possibilidade de intervenção terapêutica ou cirúrgica, no curso do procedimento, a ser decidida e realizada, se necessário, pelo profissional médico incumbido do procedimento ou por outro especialista por ele designado.

Reconheço, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, ficando o mesmo autorizado, desde já, a tomar providências para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos, que recebi explicações em linguagem clara e acessível, que li o presente termo de consentimento, compreendi e concordo com as informações sinalizadas, tendo sido-me dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim e meus familiares/responsável, quais são os propósitos do procedimento/cirurgia, seus desconfortos, complicações e consequências.

Desse modo, autorizo, voluntariamente, a realização do procedimento descrito neste instrumento. Informo, ainda, que fui esclarecido que, a qualquer tempo, posso revogar este consentimento informado, desde que antes da realização do procedimento.

Paciente **Responsável ***

Nome Legível: _____ Assinatura: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade N° (RG): _____ SSP/

Aracaju, ____ de ____ de ____ . Hora: ____:____

* Quando assinado por responsável /representante legal, informar

Nome do Paciente: _____ RG.: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO:

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

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por se tratar de situação de urgência/emergência.

Aracaju, _____ de _____ de ____ . Hora: ____:____

Nome Legível: _____ Assinatura: _____ CRM/SE: _____

Enfermeiro (em caso de procedimento em caráter de urgência/emergência)

Nome Legível: _____ Assinatura: _____ COREN/SE: _____