

Paciente: \_\_\_\_\_

Atendimento: \_\_\_\_\_ D.N: \_\_\_\_\_

**INTRODUÇÃO**

O cateterismo cardíaco é um procedimento invasivo que tem por finalidade diagnosticar inúmeras doenças cardíacas e, conseqüentemente, permitir a definição da estratégia de tratamento. Consiste na introdução de um cateter (tubo) por via arterial (cateterismo cardíaco esquerdo) ou venosa (cateterismo cardíaco direito), até o coração e coronárias (artérias que irrigam o coração) e através da injeção de contraste, permite a equipe médica identificar possíveis lesões e definir o estágio do comprometimento cardíaco e coronariano. Em alguns casos, durante o cateterismo cardíaco, pode ser necessário a realização de angioplastia coronariana (implante de *stent* ou dilatação com balão) e cirurgia cardíaca de urgência, se houver determinados tipos de complicações do exame ou condição cardíaca que justifique o tratamento emergencial.

O exame é realizado na sala de hemodinâmica, que possui toda infraestrutura necessária para realização do procedimento com segurança, estando toda a equipe preparada para o tratamento de eventuais complicações. O procedimento tem por finalidade a visualização dos vasos sanguíneos do coração, com o uso de um “corante” chamado contraste que aparece na filmagem com raios-x. O contraste é constituído por substâncias à base de iodo. Realizam-se também medidas de pressões dentro do coração e dos grandes vasos sanguíneos próximos a ele. A quantidade de sangue perdida e/ou coletada durante o cateterismo é geralmente muito pequena, quase nunca levando a anemia importante ou necessidade de transfusão sanguínea.

Apesar de pouco frequentes, podem ocorrer complicações como sangramentos e hematomas, lesões das artérias ou veias no local do acesso por onde é passado o cateter; perfuração de câmara cardíaca, alterações de pressão e do ritmo cardíaco, reações alérgicas ao contraste, problemas renais, e muito raramente reações adversas graves como acidente vascular cerebral (derrame cerebral), infarto agudo do miocárdio, necessidade de cirurgia de urgência, choque anafilático ou a morte.

Salvo em caso 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 exame se estiver grávida ou houver a possibilidade de gravidez. Eles a informarão se no seu caso os possíveis benefícios do exame superam os riscos.

Compreendi que, para a realização deste exame, é necessário a administração de meios de contraste por via arterial ou venosa. Os meios de contraste são substâncias que contem 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 para a realização do devido preparo.

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 **cateterismo cardíaco** 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: \_\_\_\_\_

**REVOGAÇÃO (quando se aplicar)**

Aracaju, / / Hora: :

Assinatura Legível \_\_\_\_\_

 Paciente     Responsável

**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. 39 - 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.