

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Atendimento: _____

Nome da mãe ou Responsável: _____

O objetivo da cirurgia arterial é tratar a Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) - doença da circulação que causa a obstrução ou estreitamento da luz das artérias, levando à diminuição do aporte sanguíneo aos tecidos (como por exemplo a aterosclerose, arterite, displasia fibromuscular, hiperplasia mio-intimal). Doenças que causam dilatação das artérias, podendo levar à ruptura, trombose ou embolias (são os aneurismas arteriais). Doenças congênitas ou adquiridas do tipo malformações arteriovenosas, fístulas arteriovenosas, hemangiomas, aneurismas cirsoides e traumatismos vasculares.

TÉCNICAS UTILIZADAS: Angioplastias com balão; Angioplastias seguidas de colocação de “stent”; Colocação de endoprótese (“stent” revestido); Recanalização mecânica com o auxílio de guias hidrofílicos, seguida de angioplastia com ou sem a colocação de “stent” ou endoprótese. Recanalização química através da introdução de cateter multiperfurado no interior de trombo intravascular e da injeção de substâncias capazes de lisar os trombos, fazendo o que se chama de “trombólise” ou “fibrinólise” (quase como uma dissolução do trombo). Após este procedimento pode ser ou não necessária a angioplastia com a colocação ou não de “stent”. Embolizações terapêuticas (injeções de partículas, líquidos ou gel para se conseguir a obstrução terapêutica de um ou mais vasos sanguíneos). Remoção de corpos estranhos intravasculares.

Como complicações podemos ter trombozes, levando à necessidade de execução de novos procedimentos endovasculares ou não. Hemorragias; Necessidade, em qualquer momento, da conversão do procedimento endovascular para procedimento cirúrgico a céu aberto. Ocorrência frequente de hematomas no local da punção ou dissecação do vaso de acesso. Formação de falsos aneurismas no local da punção arterial. Fístulas arteriovenosas. Neuralgias. Infecções. Podem ocorrer reações alérgicas, de maior ou menor gravidade, ou comprometimento da função renal, dependendo da sensibilidade do paciente ao meio de contraste. Edema do membro revascularizado. Ao longo do tempo pode haver a falência da restauração circulatória (precocemente devido à hiperplasia mio-intimal e tardiamente devido à progressão da doença básica). Trombose venosa com ou sem embolia pulmonar. Alterações cardíacas. Alterações gastrintestinais. Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica grosseira). Sangramento com necessidade de transfusão. As intercorrências podem determinar um prolongamento do período de internação ou até novas internações hospitalares.

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 em sua composição. O ioversol é o agente de contraste atualmente mais usado para as cirurgias arteriais.

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 o 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 **Cirurgia arterial tratamentos endovasculares** 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.