

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Atendimento: \_\_\_\_\_

Nome da mãe ou Responsável: \_\_\_\_\_

A angiografia por subtração digital dos vasos cervicais e cerebrais é um procedimento cirúrgico que consiste em navegar um cateter até os vasos cerebrais, injetando contraste não iônico para visualização das artérias e veias do sistema nervoso central.

Como complicações podem surgir cefaleia; amnésia global transitória; isquemia cerebral transitória ou permanente por tromboembolismo; hemorragia cerebral (normalmente relacionada ou não à doença pré-existente como hipertensão arterial grave, hemorragia cerebral, aneurisma cerebral roto, malformação arteriovenosa); náuseas; vômitos; dissecação arterial; perfusão do vaso; perda da visão transitória ou permanente; reação alérgica ao contraste; hematoma no local da punção; reação alérgica ao uso de anestésicos; óbito.

Compreendi que, para a realização deste exame, 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 nas angiografias.

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.

Confirmo 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 Dr. \_\_\_\_\_, CRM/SE \_\_\_\_\_ a executar o procedimento designado como **angiografia por subtração digital dos vasos cervicais e cerebrais** 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.