

Nome do Paciente: _____

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

Nome da mãe ou Responsável: _____

INTRODUÇÃO

O estudo eletrofisiológico diagnóstico terapêutico consiste do registro da atividade elétrica do coração (pelos cateteres intracardíacos). Estimulações elétricas serão administradas a fim de provocar a sua arritmia e para determinar o seu local de origem ou para interrompê-la. Nos casos de ablação por cateter quando o local de origem de uma arritmia é determinado. Um cateter será colocado em contato direto com o tecido responsável pela arritmia. Uma corrente elétrica (radiofrequência) será transmitida por este cateter até ocorrer uma elevação da temperatura na ponta do cateter, ocasionando um pequeno ferimento ou lesão causada pelo calor (alguns milímetros) no tecido responsável pela arritmia.

Como complicações, podem ocorrer infecções, formação de coágulos, hemorragia local e dano vascular. A ablação também tem um pequeno risco (<1%) de perfuração cardíaca ou de acidente cerebrovascular. Já que as fibras destruídas podem estar localizadas perto das fibras de condução normal do coração existe um pequeno risco (<1%) de que estas fibras normais possam ser destruídas e que um implante de marcapasso permanente seja necessário.

Para a realização deste procedimento, pode ser necessário a administração de meios de contraste por via arterial ou venosa. Os meios de contraste são substâncias que contêm ioversol em sua composição. O ioversol é o agente de contraste atualmente mais usado nos estudos eletrofisiológicos.

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 o Dr. _____, CRM/SE _____ a executar o procedimento designado como **estudo eletrofisiológico diagnóstico terapêutico ablação por radiofrequência** 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.

Nome do Paciente: _____

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

Nome da mãe ou Responsável: _____

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.