



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
ANGIOPLASTIA PERCUTÂNEA COM LIBERAÇÃO DE ENDOPRÓTESE (STENT)

HEM035

Emissão: 11/02/2015

Revisão:

Versão: 1.0

Pelo presente termo eu,

( ) Paciente ( ) Responsável Legal do Paciente:

Grau de Parentesco:

Identidade Nº (RG):

Órgão Emissor:

Residente e domiciliado à:

Autorizo o médico a proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico desisgnado " **ANGIOPLASTIA PERCUTÂNEA COM LIBERAÇÃO DE ENDOPRÓTESE TIPO STENT** ", e todos procedimentos que incluem, anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer. **Indicado pelo Dr. (a) abaixo mencionado (a) e sua equipe, médico (a) do Corpo Clínico e/ou Contratado do HMMKB**, que após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** A angioplastia dos vasos supra-aórticos é um procedimento cirúrgico realizado em sala de hemodinâmica, que consiste em se dilatar um vaso estenosado, liberando logo após uma endoprótese tipo Stent. Esta cirurgia é realizada sempre que possível com utilização de sistema de proteção para captura de êmbolos, sendo que em 1% dos casos não se consegue realizar o procedimento por dificuldades técnicas.

**INDICAÇÃO:** A indicação do procedimento é definida por seu médico(a) assistente e realizada por equipe especializada, tendo como finalidade o reestabelecimento do fluxo sanguíneo através do vaso estenosado, tentando com isto reduzir o risco de embolia distal e conseqüentemente a isquemia cerebral.

**COMPLICAÇÕES:** \*neuroológicas relacionadas a angioplastia dos vasos supra-aórticos no pré e pós operatório precoce: ataque isquêmico transitório – déficit transitório que se reverte em horas; isquemia cerebral leve – déficit mínimo que altera pouco as funções do paciente; isquemia cerebral grave – déficit importante que altera as funções do paciente; outras: náuseas, vômitos, síndrome de hiperperfusão com ou sem hemorragia cerebral, trombose subaguda do Stent, Síndrome de Horner e hipotensão arterial. \*neuroológicas relacionadas à angioplastia em estudos médicos importantes: complicações neuroológicas transitórias ou leves (0,5 a 3,8%); complicações neuroológicas permanentes (0,3 a 1,2%); obito (0,6% a 6,9%). \*complicações não neuroológicas: descompensação de doença pré existente – principalmente infarto cardíaco (4,8%); reação alérgica ao contraste (0,1%); hematoma no local da punção (0,4%); outros: dor cervical, dor durante mastigação, reflexo vaso-vagal, hipotensão, descompensação de insuficiência renal, pseudoaneurisma em região da punção, hemorragia retro-peritoneal, reação pirogênica, infecção, reação alérgica aos produtos anestésicos e tromboembolia. \*tardias, após 30 dias até anos pós angioplastia: estenose intra Stent (2,4 a 5%) e isquemia cerebral.

1. Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendo perfeitamente e aceito, comprometendo-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), estando ciente de que a não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).
2. Declaro 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 (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a) , desde já, a tomar providências para tentar a solução dos problemas sugeridos segundo seu julgamento.
3. Finalmente declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos, e que fui atendido quanto as minhas dúvidas e questões, tendo sido explicado em linguagem clara e acessível.
4. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre as mais comuns **COMPLICAÇÕES** deste procedimento, expresse meu pleno consentimento para sua realização e que me foi dado a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, bem como revogar o presente termo a qualquer momento antes da realização do procedimento e/ou cirurgia.

Nome do Paciente ou Responsável Legal:

Assinatura do Paciente ou Representante Legal

	RG:		RG:
Testemunha (1)		Testemunha (2)	

Hora:

Itajaí, / /

**Deve ser Preenchido pelo Médico**

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

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.

Nome do Médico:

Assinatura do Médico / CRM

Hora:

Itajaí, / /

**REVOGAÇÃO**

Itajaí, / / Hora: :

Assinatura Paciente ou Responsável Legal

	RG:		RG:
Testemunha (1)		Testemunha (2)	