



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA ARTERIAL - TRATAMENTOS ENDOVASCULARES

HEM036

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 designado " **CIRURGIA ARTERIAL TRATAMENTOS ENDOVASCULARES** ", 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.

TEM POR OBJETIVO TRATAR: 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 congênicas ou adquiridas do tipo mal-formações artério-venosas, fístulas artério-venosas, hemangiomas, aneurismas cirsóides 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.

COMPLICAÇÕES: Tromboses, 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 freqüente de hematomas no local da punção ou dissecação do vaso de acesso. Formação de falsos aneurismas no local da punção arterial. Fístulas artério-venosas. 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 quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira). Sangramento com necessidade de transfusão. As intercorrências podem determinar um prolongamento do período de internação ou até novas internações hospitalares.

1. Tenho conhecimento de que o procedimento autorizado que consiste em inserir cateteres através de artérias e/ou veias, injetar contrastes, para diagnóstico e tratamentos de lesões vasculares, dilatar segmentos estreitos, ocluir ou embolizar vasos, através de uso de balão, endopróteses ou materiais emboligênicos, se necessário e a critério médico. São procedimentos invasivos e utilizam feixes de RX para produzir imagens, sendo necessário o uso de contrastes.

2. Fui informado (a) e estou ciente de que os procedimentos e intervenções cirúrgicas endovasculares de alta complexidade, utilizam equipamentos eletrônicos/mecânicos emissores de Raios X com dosagem controlada para uso em seres humanos, cateteres plásticos desenvolvidos e esterilizados para uso intravascular, fios guias metálicos revestidos, próteses extra e intracraniana – stent, material embolizante – micro molas de platina, micro esferas plásticas e cola biológica, assim como contraste iodado não iônico.

3. 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).

4. 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.

5. 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.

6. 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 dada 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)	