



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
ANGIOGRAFIA POR SUBTRAÇÃO DIGITAL DOS VASOS
CERVICAIS E CEREBRAIS**

HEM037

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 " **ANGIOGRAFIA POR SUBTRAÇÃO DIGITAL DOS VASOS CERVICAIS E CEREBRAIS**", 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.

DEFINIÇÃO: 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.

COMPLICAÇÕES: cefaléia; amnésia global transitória; isquemia cerebral transitória ou permanente por tromboembolismo; hemorragia cerebral (normalmente relacionada ou não à doença pré-existente como hipertensão arteria grave, hemorragia cerebral, aneurisma cerebral roto, malformação artério-venosa); 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.

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)