



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO /
ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA**

HEM041

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 " **ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO - ABLAÇÃO POR RADIOFREQUENCIA**", 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: o estudo eletrofisiológico 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.

COMPLICAÇÕES: infecção, 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.

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)