

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 " **CATETERISMO CARDÍACO**", e todos procedimentos que incluem, inclusive 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 invasivo que tem por finalidade diagnosticar inúmeras doenças cardíacas e conseqüentemente, permitir a definição da estratégia de tratamento. Ele consiste na introdução de um cateter (tubo) por via arterial (cateterismo cardíaco esquerdo) ou venosa (cateterismo cardíaco direito), até o coração e coronárias (artérias que irrigam o coração) e através da injeção de contraste, permite à equipe médica identificar possíveis lesões e definir o estágio do comprometimento cardíaco e coronariano. Em alguns casos, durante o cateterismo cardíaco, pode ser necessário a realização de angioplastia coronariana (implante de stent ou dilatação com balão) e cirurgia cardíaca de urgência, se houver determinados tipos de complicações do exame ou condição cardíaca que se justifique o tratamento emergencial.

**COMPLICAÇÕES:** apesar de raras podem ocorrer: morte (0,1%), infarto de miocárdio (0,05%), acidente vascular cerebral-AVC (0,07%), arritmia (0,38%), complicações vasculares (0,43%), reações ao contraste(0,37%), complicações hemodinâmicas (0,26%), perfuração de câmara cardíaca (0,03%), totalizando uma estimativa de 1,7% de complicações graves.

1. Relatei aos médicos responsáveis pelo procedimento acerca dos medicamentos que venho utilizando e ter seguido as determinações sobre a manutenção ou suspensão deles antes do procedimento proposto. Informei ainda, todas as doenças que tenho conhecimento e eventuais complicações, inclusive alergias, assim como, que observei o período de jejum prescrito pela equipe.

2. 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).

3. 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.

4. 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.

5. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre as mais comuns **COMPLICAÇÕES** deste procedimento, expressei 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)	