

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO ARTERIOGRAFIA DIAGNOSTICADA POR ACESSO RADIAL E/OU FEMORAL	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:
NOME DO MÉDICO:
CRM DO MÉDICO:

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

- Fui informado(a) que a ARTERIOGRAFIA DIAGNÓSTICA por acesso RADIAL e/ou FEMORAL trata-se de procedimento médico de punção arterial para infusão de drogas por método invasivo que visa a injeção de contraste nas artérias do paciente para auxiliar no diagnóstico de doença arterial.
- Fui informado(a) que o procedimento será realizado via percutânea por acesso radial quando há a ocorrência de doença que afete os membros inferiores. O procedimento sempre será realizado após anestesia local ou sedação, com posterior introdução de cateter que será manejado cuidadosamente.
- Fui informado(a) que é risco inerente da realização do ato médico em questão o surgimento de complicações imediatas ou tardias ao paciente, tais como, por exemplo: *reações alérgicas, sangramentos, alteração da circulação arterial e venosa no local da punção, com complicações variáveis que gravemente podem resultar em amputação do membro, falhas nos batimentos cardíacos, arritmia, acidente vascular cerebral (AVC) e outras embolias, infecção, dor moderada, hematoma, sepse, infarto do miocárdio, alterações na função renal e, inclusive, o ÓBITO/MORTE;*
- Fui informado(a) que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, pelo que não há garantia de obtenção de cura ou do resultado esperado. Fui também informado que, independentemente da técnica e do zelo empregado pelos profissionais envolvidos no ato médico, podem surgir circunstâncias complicadas e agudas que podem evoluir, inclusive, para o ÓBITO do paciente. Compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e que não podem ser dadas quaisquer garantias, por isso, os riscos do ato médico estão sempre presentes, em menor ou maior grau de probabilidade de ocorrência, conforme previsto na literatura médica, e que todos os riscos não podem ser citados num documento;
- Se por acaso a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, desde já ficam os médicos autorizados a adotar todos os procedimentos recomendáveis na tentativa de afastar o perigo à vida, podendo suspender, complementar ou modificar o ato médico originalmente proposto, inclusive, aplicar transfusão de sangue, a critério do julgamento técnico dos profissionais envolvidos;
- Fui informado(a) que posso sentir dor após o procedimento, bem como que o local pode apresentar vermelhidão e/ou hematoma, podendo a cicatrização ou cessação dos efeitos indesejados variar conforme as condições orgânicas do corpo humano de cada indivíduo;

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO ARTERIOGRAFIA DIAGNOSTICADA POR ACESSO RADIAL E/OU FEMORAL	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

7. Estou ciente de que devo cumprir integralmente as orientações médicas que me foram prescritas, e de que devo buscar imediatamente atendimento médico, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como febre, sangramento ou dor.

8. Fui informado sobre os cuidados pós-procedimento e pós-alta hospitalar, me comprometendo evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para realizar isso por parte do seu médico, bem como que a não observância disso poderá causar agravo à sua saúde.

9. Reconheço a limitação de que nem todos os riscos do procedimento e anestésico podem ser incluídos neste documento, bem como que suas ocorrências podem variar de formas inesperadas, conforme as circunstâncias do caso concreto e das condições pessoais de cada paciente.

10. Estou ciente que necessito prestar todas as informações relativas a alterações na minha saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, experiências e ou complicações com anestesia minhas e de familiares, medicações em uso (especialmente anticoagulantes e corticoides) e hábitos (como tabagismo, consumo excessivo de cafeína, uso de bebida alcoólica ou drogas), ciente que qualquer omissão quanto a esses dados poderá trazer prejuízos à saúde do paciente e comprometer o resultado da cirurgia.

11. Este procedimento me foi explicado de forma clara pelo médico e sua equipe, recebendo orientação quanto aos benefícios, riscos e alternativas, inclusive a sua não realização, oportunidade na qual pude fazer perguntas e obter respostas. Satisfeito com as informações recebidas e de acordo elas, AUTORIZO a execução do procedimento assumindo os riscos inerentes desse ato.

Lajeado _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Paciente

Assinatura do Responsável pelo(a) Paciente
Quando o paciente for menor de idade, ou tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a): _____, CRM _____, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura