
 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO CATETERISMO DE CÂMARAS DIREITAS COM MENSURAÇÃO HEMODINÂMICA	
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:

- Eu acima identificado, na condição de PACIENTE ou de RESPONSÁVEL legal pelo paciente acima, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o médico acima identificado, seus auxiliares e todos os demais profissionais vinculados a assistência, a realizar o procedimento de CATETERISMO DE CÂMARAS DIREITAS COM MENSURAÇÃO HEMODINÂMICA para tentar curar, diagnosticar ou melhorar a condição de saúde do paciente.
- Estou ciente que a realização do procedimento em questão poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) realizado(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) ou fortuita(s).
- Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista.
- Este procedimento me foi explicado de forma clara pelo médico assistente, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude diante da natureza da patologia diagnosticada.
- Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o presente, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.
- Fui informado de que as principais complicações associadas especificamente ao *Cateterismo de Câmaras Direitas com Mensuração Hemodinâmica* são: *Infarto do Miocárdio, Arritmias Graves, Acidente Vascular Cerebral, Complicações Vasculares, Hemorragias numa proporção de 1 a cada 500 pacientes e óbito em 1 a cada 1000 pacientes.*
- Fui informado que todo procedimento cirúrgico representa risco de morte/óbito, em maior ou menor grau, conforme a literatura médica, bem como que em todo procedimento cirúrgico pode ocorrer fato imprevisível ou de força maior, independentemente da técnica empregada ou da vontade dos profissionais envolvidos durante ou após o ato cirúrgico. Há risco, inclusive, de contrair infecção e de morte por sepse.
- Estou ciente que o ato médico em questão se trata de obrigação de meio, motivo pelo qual **não há garantia de obtenção do resultado esperado ou de cura.**
- Estou ciente de que complicações relacionadas a alergia ao meio de contraste ou medicamentos utilizados durante o procedimento podem determinar complicações imprevisíveis, inclusive, de óbito.
- Estou ciente de que algumas medicações podem ser irritantes para as veias periféricas, ou mesmo causar danos teciduais se extravasarem, apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos em sua aplicação.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO CATETERISMO DE CÂMARAS DIREITAS COM MENSURAÇÃO HEMODINÂMICA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

11. Caso seja necessário, desde já autorizo a realização de transfusão de sangue ou de hemoderivados, bem como que qualquer tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
12. Estou ciente de que devo cumprir integralmente as orientações médicas que me foram prescritas, e de que devo buscar imediatamente atendimento médico após a alta hospitalar, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como dor, febre, tontura, sangramento, dentre outros.
13. Após a alta hospitalar estou ciente de que devo evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para isso por parte do meu médico assistente, ciente que a não observância disso poderá acarretar agravo de saúde.
14. Se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida do paciente em risco, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo de vida apurado.
15. 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, dor, tontura, dentre outros.
16. Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposta no presente termo, inclusive quanto às condutas necessárias para tentar solucionar as situações imprevisíveis e emergenciais, as quais serão conduzidas de acordo com o julgamento técnico do médico acima autorizado e equipe, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).
17. Autorizo a equipe de profissionais do HBB e acadêmicos a utilizar as imagens e/ou dados do prontuário em treinamentos e/ou pesquisas clínicas ou acadêmicas por tempo indeterminado, desde que preservado o sigilo sobre a identidade do paciente.
18. Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, inclusive os termos técnicos utilizados, pelo que AUTORIZO a realização do procedimento e assumo os riscos inerentes deste.

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