

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CATETERISMO CARDÍACO E/OU ANGIOPLASTIA CORONÁRIA	
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:

1. Encontra-se em pleno gozo de suas faculdades mentais e que foi informado(a) pelo médico(a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) alteração(ões) de saúde que apontam para a necessidade de realização de CATETERISMO CARDÍACO E/OU ANGIOPLASTIA CORONARIANA.
2. AUTORIZA o médico acima identificado, seus auxiliares e todos os demais profissionais vinculados a assistência, a realizar o procedimento invasivo de CATETERISMO CARDÍACO E/OU ANGIOPLASTIA CORONARIANA para tentar curar ou melhorar a(s) condição(ões) de saúde do paciente, observando as condições previstas neste termo de consentimento.
3. Concordei que a opção técnica de realização de um ou outro procedimento, ou de ambos, será do médico, que avaliará as condições adequadas no momento da execução do ato médico, sempre objetivando a melhor alternativa para o tratamento do paciente. Estou ciente e de acordo que a definição do tipo de procedimento a realizar é feita pelo médico durante o ato.
4. 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), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis), grave(s) ou fortuita(s), demandando a realização imediata de ato(s) médico(s) diversos daquele(s) inicialmente previsto(s) para tentar solucionar o agravo de saúde surgido.
 - 4.1. Em razão disso, AUTORIZO a realização de todos os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis na tentativa de afastar o perigo de óbito apurado, através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s), caso ocorra complicações inesperadas durante o procedimento, inclusive, autorizo a suspensão ou a modificação do procedimento inicialmente proposto, bem como a realização de anestesia e transfusão de sangue, se necessário, de acordo com o julgamento técnico do médico.
5. Estou ciente que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujo método, técnica e fármaco serão de indicação do médico anestesista.
6. Este procedimento foi explicado de forma clara pelo médico assistente, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo oportunidade para fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude diante da natureza da patologia diagnosticada.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CATETERISMO CARDÍACO E/OU ANGIOPLASTIA CORONÁRIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

7. Estou ciente sobre a possibilidade de retirar o consentimento a qualquer tempo e sem constrangimento desde que faça isso antes do ato médico ser realizado.
8. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o em questão, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios, além de fatos imprevisíveis, sendo que este documento lista os riscos mais comuns, os quais podem ser complementados pelos registros da literatura médica.
9. Estou ciente que as principais complicações associadas ao CATETERISMO CARDÍACO 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 submetidos ao procedimento.*
10. Estou ciente que as principais complicações associadas a ANGIOPLASTIA DE CORONÁRIA são: *Infarto do Miocárdio, Arritmias Graves, Acidente Vascular Cerebral, Complicações Vasculares, Hemorragias numa proporção de 1 a cada 200 pacientes e ÓBITO em 1 a cada 100 pacientes submetidos ao procedimento.*
11. Estou ciente que todo procedimento invasivo representa risco de ÓBITO, em maior ou menor grau de ocorrência, conforme prevê 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 médico. Estou ciente de que há risco, inclusive, de contrair infecção e de morte por sepse (infecção grave), bem como de perda ou redução da capacidade para o trabalho, além de outros agravos ou sequelas não previstos neste documento.
12. Estou ciente de que o ato médico em questão se trata de uma obrigação de meio, por isso não há garantia de obtenção do resultado esperado ou de cura.
13. Estou ciente de que complicações relacionadas a alergia ao meio de contraste ou a medicamentos utilizados durante o procedimento podem determinar complicações imprevisíveis. Em razão disso, foi informado de que é obrigação do paciente informar ao médico, previamente ao procedimento, se possui alguma alergia a alimento, a medicamento ou a outro fator alergênico, estando ciente de que a omissão desse fato poderá causar dano a sua saúde.
14. 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 do tratamento.
15. Estou ciente de que algumas medicações podem ser irritantes para as veias periféricas, ou mesmo causar danos ao organismo dos tecidos da pele humana caso ocorra extravasamento. O risco de ocorrência de extravasamento e de irritação é variável conforme a composição orgânica pessoal de cada paciente, apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos na aplicação da medicação.
15. Caso 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.

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CATETERISMO CARDÍACO E/OU ANGIOPLASTIA CORONÁRIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

16. Estou ciente de que devo cumprir integralmente as orientações médicas prescritas e que devo buscar imediatamente atendimento médico após a alta hospitalar, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como febre, dor, tontura, sangramento e outros.

17. Estou ciente que após a alta hospitalar o paciente necessita evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para realizar isso por parte do seu médico assistente, bem como que a não observância disso poderá causar dano à saúde do paciente ou comprometer o tratamento realizado.

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