**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Ecocardiograma Transesofágico** |

|  |
| --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Identificação do Responsável (“Responsável”)**: (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado): |
| Nome do Responsável: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endereço: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefone: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por este instrumento particular, declaro, para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 (“Código de Defesa do Consumidor” ou “CDC”), **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o Procedimento Cirúrgico designado **Ecocardiograma Transesofágico** (o “Procedimento”), a ser realizado no Hospital Orizonti, localizado na Avenida José de Patrocínio Pontes, n° 1355, Bairro Mangabeiras, CEP n° 30.210-090, na Cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 (“Código de Ética Médica”) e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento (anteriormente citado), prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do Paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO/EXAME/TRATAMENTO**: o ecocardiograma transesofágico (ETE) é um exame amplamente utilizado na investigação de doenças cardíacas e não cardíacas, representando uma opção complementar ao ecocardiograma transtorácico (ETT).

O objetivo do ETE é visualizar a anatomia cardíaca, suas malformações ou alterações com maiores detalhes, diagnosticar fontes de embolia sistêmica e pulmonar, identificar trombos intracavitários (pré-cardioversão elétrica ou química em arritmias cardíacas), melhor detalhamento anatômico e funcional das valvas cardíacas e de próteses valvares, diagnosticar e avaliar endocardite (infecção do revestimento interno do coração) e suas complicações, diagnosticar doenças da aorta (aneurisma etc). O exame em questão também auxilia na detecção de dilatação do coração, espessamento ou hipertrofia da parede do coração, entre outras doenças.

O ETE é um exame complementar que utiliza de técnica da ultrassonografia para gerar imagens e possibilitar a visualização e identificação de possíveis defeitos ou lesões do coração. É realizado após o ETT. Este é um método de diagnóstico que compreende na análise por ultrassom da anatomia, função do coração e parte dos grandes vasos em repouso. Pode ser realizado em pacientes de todas as idades, incluindo recém-nascidos.

Suas principais indicações são: avaliação e dimensão das cavidades e da função ventricular, doenças valvulares, cardiopatias congênitas, sopros cardíacos, endocardite infecciosa, pericardites e derrame pericárdico, hipertrofia ventricular, avaliação pós-cirurgia cardíaca etc. ETT é um exame não invasivo. Para sua realização o paciente tem suas vestes retiradas, vestindo uma camisola com abertura na frente e se deita na maca de exames em decúbito lateral esquerdo. Um gel é colocado no peito do paciente e o transdutor de ultrassom percorre o tórax na região do coração. Ao final do exame o gel será retirado, as roupas serão devolvidas e o paciente estará apto a ir embora sozinho.

ETE consta na introdução de uma sonda transesofágica (tubo plástico flexível com a espessura aproximada de um dedo da mão e que possui uma câmera em sua extremidade) através da boca, passando pela garganta e posicionada no esôfago médio (órgão que comunica a parte posterior da boca ao estômago e fica bem próximo ao coração; desta maneira a visualização das estruturas cardíacas é mais precisa e nítida comparado ao ETT).

Após anestesia tópica da garganta (solução em spray de Lidocaína), será realizada sedação superficial através da administração endovenosa com alguma das seguintes drogas: Diazepam; Midazolam; Etomidato; Fentanil; Quetamina ou Propofol. Tais medicações têm efeito leve e serão usadas em doses baixas, sendo rapidamente absorvidas e metabolizadas pelo organismo, de modo que, após um período de observação de aproximadamente 40 minutos a 1 hora ao final do exame, a atividade farmacológica destes medicamentos estará encerrada.

A sedação será realizada após punção de veia periférica (preferencialmente do membro superior esquerdo; em caso de dificuldade na punção, usa-se o membro superior direito). Nem todos os pacientes, entretanto, necessitam de sedação e farão uso apenas da anestesia tópica oral já descrita, como nos casos em que seja a vontade do paciente ou em casos de contraindicação para a sedação. Os efeitos da sedação tópica, desaparecem por completo em cerca de uma hora após o término do procedimento.

O questionário anexo tem como objetivo identificar pacientes portadores de condições que contraindiquem a realização ou que acarretem potencial risco de complicações durante o exame. Existe a necessidade prévia de um jejum absoluto (alimentos e água) de 6 horas por parte do (a) paciente devido ao fato da sonda introduzida no esôfago poder estimular reflexo de vômito, sendo necessário o estômago vazio para evitar intercorrências.

O tempo médio de duração do exame varia de acordo com a indicação para sua realização e da cooperação do paciente. Por isso, gira em torno de 20 a 50 minutos em média. Dos possíveis desconfortos no curso do procedimento: a introdução da sonda até o esôfago pode causar incômodo na garganta (embora não seja doloroso), sialorréia (muita produção de saliva), náuseas, efeitos associados à sedação (nos pacientes que necessitam de sedação), podendo cursar com sonolência exacerbada, dificuldade respiratória e às vezes necessidade de uso de oxigênio por cateter nasal para maior segurança do paciente.

Cumpre salientar que todos os pacientes serão monitorizados e acompanhados com monitores de eletrocardiograma contínuo e oximetria de pulso visando a segurança dos mesmos durante o procedimento.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÃO**: O ETE é um procedimento semi-invasivo de baixo risco. Os riscos associados a realização deste exame são raros, mas existem. Entre os riscos raros possíveis incluem-se processos inflamatórios, perfuração do esôfago, hemorragias esofágicas, vômitos, náuseas, depressão respiratória, ruptura de esôfago e parada respiratória ou cardiorrespiratória podendo levar à morte.

Tais reações adversas são agravadas quando associadas a outros fatores pessoais do paciente como, por exemplo: doenças subjacentes, cirurgia cardíaca prévia, alergias, hipertensão arterial, tabagismo, alcoolismo, diabetes, obesidade, insuficiência renal, acidente vascular cerebral, insuficiência hepática, doenças cardíacas, doença aterosclerótica, insuficiência respiratória, desnutrição grave, idade avançada, neoplasia maligna, entre outros.

Em caso de reações como as citadas acima, fica autorizada a execução das medidas necessárias e dos procedimentos urgentes para o tratamento do paciente, incluindo transferência para o Centro de Terapia Intensiva – CTI.

Quaisquer patologias do paciente ou alergias devem ser previamente informadas ao médico responsável para reduzir o risco de ocorrência de complicações e por poderem contraindicar o exame, merecendo especial destaque, mas não se limitando a: varizes de esôfago, doença diverticular do esôfago, megaesôfago e neoplasia do esôfago.

**Estou ciente que além dos riscos e complicações descritas acima, em exames médicos invasivos como o proposto, pode haver também risco de morte.**

Declaro, adicionalmente, que:

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento e as operações a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.

2. Opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

3. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, ainda que invasivo, inclusive terapias alternativas, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

4. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.

5. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/cirurgião(ã), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

Certifico que li este termo, o que foi explicado pra mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos**.

Belo Horizonte, MG, [\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_:\_\_]

|  |
| --- |
| **Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)**Assinatura do Responsável Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| Autorizo o corpo clínico (médicos) da Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Grupo Orizonti a acessar meus exames com o objetivo de fornecer ludo comparativo/ evolutivo.**Instituição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Login:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Senha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**