TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

|  |
| --- |
| **Procedimento: Ecocardiograma com Estresse Farmacológico** |

|  |
| --- |
| **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 com Estresse Farmacológico** (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 com estresse farmacológico (EEF)é um exame amplamente utilizado na investigação de doenças cardíacas, principalmente isquêmicas, representando uma opção complementar ao ecocardiograma transtorácico (ETT).

O objetivo do EEF é avaliar a possibilidade de alterações isquêmicas (prejuízo da circulação arterial coronariana) representadas por alteração da motilidade dos segmentos do músculo cardíaco, avaliação após infarto do miocárdio, melhor avaliação do comprometimento funcional de valvopatias, avaliação de reserva contrátil do músculo cardíaco, entre outras indicações.

O EEF é um exame complementar baseado no incremento da contratilidade do músculo cardíaco através da infusão de medicamento inotrópico (para aumentar a força de contração do músculo cardíaco) e cronotrópico (aumentar a frequência cardíaca) como a dobutamina (na grande maioria dos casos) e atropina (que causa simplesmente aumento da frequência cardíaca), ou pelo uso de medicamentos vasodilatadores (como dipiridamol), com o objetivo de aumentar o consumo energético do músculo cardíaco e evidenciar deficiências de contratilidade, além de aumentar a performance da contratilidade e do débito cardíacos. Este é um método de diagnóstico que compreende a análise por ultrassom da anatomia e função do coração em repouso e após estímulos. Pode ser realizado em pacientes de todas as idades, de acordo com o julgamento do médico assistente.

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.

Para realização do EEF é necessário a administração endovenosa (por acesso venoso periférico) de alguma(s) das seguintes drogas: Dobutamina, Atropina, Metoprolol (estas três com mais frequência), Dipiridamol e Adenosina em situações específicas. Tais medicações têm objetivo de aumentar a contratilidade e acelerar o batimento cardíaco, exceto metoprolol, que tem efeito contrário, este geralmente utilizado ao final do exame para restabelecer as condições de funcionamento basal do coração. Estas medicações geralmente têm ação rápida e efeito breve, sendo metabolizadas e perdendo o efeito alguns poucos minutos após a suspensão da infusão.

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 4 horas por parte do (a) paciente devido à possibilidade das medicações estimulares 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 60 minutos em média. Dos possíveis desconfortos no curso do procedimento: palpitação, taquicardia, náuseas, vômitos, sudorese, podendo ocorrer arritmias complexas e mesmo fatais. Tais efeitos colaterais são monitorizados durante todo o exame através da observação clínica, monitorização eletrocardiográfica e oximetria de pulso, visando a segurança dos mesmos durante o procedimento. Em caso de intercorrências, a sala de exames possui pessoal treinado (médicos e equipe de enfermagem), equipamentos e medicamentos adequados para a resolução dessas situações adversas

**RISCOS, COMPLICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÃO**: O EEF é um procedimento de baixo risco. Os riscos associados a realização deste exame são raros, mas existem. Entre os riscos raros possíveis incluem mal estar, náusea, sudorese, tremores, dor de cabeça, arritmias e parada 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.

**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 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**