


TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANGIOPLASTIA CORONARIANA.

Quem recebe as orientações e assina este termo: () Paciente () Responsável

Nome Completo: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF: _____

R.G.: _____ Grau de parentesco: _____

Seu médico assistente solicitou que você realizasse uma Angioplastia coronariana em nosso serviço, portanto, LEIA ATENTAMENTE AS SEGUINTE INFORMAÇÕES:

A Angioplastia Coronariana é um procedimento invasivo, realizado através do braço ou perna (região da virilha), sob anestesia local.

Ele não é isento de complicações. Apesar de serem raras (1 para cada 1000 exames), elas podem ocorrer: Sangramento no local de acesso (0,19%), diminuição ou perda do pulso (0,5 a 0,8%). formação de pseudoaneurisma arterial (1,6%) ou fistula artério-venosa, alergia ao contraste (0,45%), derrame cerebral ou AVC (0,07 a 0,19%), insuficiência renal crônica agudizada (4 a 11%), edema agudo de pulmão e/ou arritmias (0,7%), infarto agudo do miocárdio (1%), óbito (1 a 3%).

Agora que você já está ciente das possíveis complicações que podem ocorrer no cateterismo é preciso manifestar a sua concordância com a realização do procedimento, através da seguinte autorização:

Declaro que recebi todas as informações quanto ao procedimento a que serei submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Também me foi dada oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas e que não restou nenhuma dúvida ou esclarecimento a ser feito.

Confirmo que recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada à oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse.

Condições/Doenças do Paciente: _____

Rio de Janeiro, ____/____/____, Hora: _____.

Assinatura _____

PELO(A) MÉDICO(A): Atesto que expliquei todo o procedimento ao próprio paciente e/ou seu responsável, informando sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. Entendo que o paciente e/ou seu responsável compreendeu o que lhes foi informado.

Assinatura do médico(a): _____

Assinatura de Testemunha (se houver): _____