

Quem recebeu as orientações e assina o termo: () Paciente () Responsável

Nome: _____, RG: _____

CPF: _____, Nascimento: ___/___/_____, Grau de parentesco: _____.

Endereço: _____.

O Ecocardiograma Transesofágico solicitado por seu médico fará a avaliação do seu coração e grandes vasos com imagens detalhadas destas estruturas.

Para o exame é preciso informar: **Tem problemas de deglutição:** () Sim () Não; **Possui alergia a medicamento:** () Sim () Não, indicar: _____; **Possui asma ou outro problema respiratório:** () Sim () Não, indicar: _____; **Indicar qualquer problema que julgar importante:** _____.

Do exame: O exame será feito com anestesia local da faringe e sedativo leve, depois será introduzida uma sonda flexível pela boca e esôfago até o estômago (poderá ocorrer uma sensação de desconforto e pressão no pescoço e tórax).

Efeitos secundários possíveis: Pode ocorrer irritação da mucosa da laringe ou do esôfago com pequeno sangramento em raros casos, espasmos da glote e arritmia cardíaca que em geral desaparecem espontaneamente. Complicações graves extremamente raras (1 caso em 10.000 exames).

Após o exame: Ingerir alimentos ou líquidos apenas depois do efeito da anestesia desaparecer totalmente. Não deverá dirigir veículos ou exercer qualquer atividade que necessite de estado de alerta total por até 8 horas após o procedimento. Também não deve assinar documentos ou contratos de valor jurídico por até 24 horas após o procedimento.

Declaro que cumpri todo o preparo para o exame (não ingerir líquido ou alimento por 6 horas antes do procedimento, podendo usar os medicamentos habituais, se forem imprescindíveis, com quantidade mínima de água até 2 horas antes do exame).

Declaro que recebi, li e compreendi todas as informações quanto ao exame, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Também tive oportunidade de fazer perguntas que foram totalmente respondidas. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo a realização de qualquer procedimento emergencial, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Autorizo a realização do Ecocardiograma Transesofágico pelo(a) Dr.(a) _____
_____, Inscrito(a) no CRM sob o n.º _____ e sua equipe.

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

Assinatura _____.

PELO MÉDICO: Atesto que expliquei todo o procedimento ao paciente e/ou seu responsável, informando sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas. Entendo que o paciente e/ou seu responsável compreenderam todas as informações.

Assinatura médico: _____.

Assinatura Testemunha (se houver): _____.