

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Pront: _____ Atend: _____

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) intervencionista(s) e/ou endovascular(es):

_____ indicado pelo Dr.(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, médicos (a) credenciados (a) no HCI.

1. A proposta do procedimento, exame e/ou tratamento a que serei submetido(a), que pode ser realizado tanto por via radial/braquial ou femoral, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. **COMPLICAÇÕES VASCULARES:** dor na navegação dos cateteres por espasmo, sangramentos no sítio de punção, dificuldade na circulação sanguínea do membro utilizado (isquemia), oclusão arterial, trauma físico do vaso sanguíneo utilizado seja ele artéria ou veia, síndrome compartimental, neuropatia periférica, sangramento livre, hematoma retroperitoneal, pseudoaneurisma, fístula arteriovenosa.
3. **COMPLICAÇÕES CARDÍACAS:** infarto agudo do miocárdio, traumatismo físico das artérias coronárias, mudanças súbitas do ritmo cardíaco, perfurações de câmaras cardíacas.
4. **COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO USO DO CONTRASTE:** reações alérgicas, náuseas, anafilaxia, insuficiência renal. Podem ser necessários medicamentos para reverter essas reações.
5. Fui informado(a) que posso revogar ou modificar o consentimento a qualquer tempo, sem que resulte qualquer desvantagem ou prejuízo, com exceção quando já iniciado o procedimento médico, e a revogação puder implicar possibilidade de dano, risco ou qualquer tipo de prejuízo ao paciente.
6. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
7. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e tratamento.
8. Autorizo a realização de filmagens/fotografias exclusivamente, para finalidade científica da Instituição.
9. Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dado a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

☐ Paciente ☐ Responsável

Nome Legível: _____ Assinatura: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade No: _____

Itajubá/MG, ____/____/____ Hora: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, bem como sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles(s). De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, estão em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

TERMO DE ACOMPANHANTE DO PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Eu, _____, Identidade No. _____

responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima, após o procedimento intervencionista e/ou cirúrgico ambulatorial realizado no Serviço de Hemodinâmica do Hospital Escola de Itajubá, até sua residência.

Itajubá/MG, ____/____/____ Hora: _____ Assinatura: _____