
 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ABLAÇÃO POR CATETER	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:
NOME DO MÉDICO:
CRM DO MÉDICO:

Eu acima identificado, na condição de paciente ou de seu responsável, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro que AUTORIZO o médico(a) acima identificado(a) e demais profissionais médicos e auxiliares vinculados ao seu atendimento, a realizar o procedimento invasivo para fins de diagnóstico e/ou terapêutico denominado por ABLAÇÃO POR CATETER.

Em razão disso, DECLARO que:


- Fui informado que a Ablação por Cateter tem como objetivo curar as arritmias cardíacas, modificando pequenas áreas do sistema elétrico do coração responsáveis pela arritmia. Diferentes tipos de arritmias (não todas) podem ser tratadas com ablação com grau de sucesso variável. O procedimento em questão será realizado em laboratório especialmente equipado para realizar estudos eletrofisiológicos e ablação por cateter, utilizando técnicas mais adequadas a sua arritmia.
- Fui informado que usualmente é utilizada uma leve sedação e/ou anestesia local antes e durante o procedimento. Serão utilizados os cateteres mais adequados, utilizando as veias ou artérias para que os mesmos possam atuar dentro do coração, a critério da equipe especializada, com auxílio de equipamentos avançados de radiologia. Durante a ablação a energia de radiofrequência é transmitida pelo tempo necessário entre o cateter e uma placa, colocada no peito ou nas costas do paciente;
- Fui informado que devo respeitar o jejum nas 6h (seis horas) que antecedem o exame, bem como que devo comunicar a equipe caso eu não tenha observado o jejum;
- Fui informado que posso continuar a tomar os meus medicamentos, exclusivamente, se tenho autorização do meu médico para realizar isso.
- Fui informado que tenho o dever de comunicar a equipe do Hospital Bruno Born, previamente à realização do procedimento, caso esteja fazendo uso de medicamentos ou se interrompi o uso, bem como se faço o consumo drogas ilícitas ou de álcool, ou ainda se tenho alergia a determinado medicamento ou alimento;
- Fui informado que o procedimento será realizado com o uso de sedativos, salvo a ocorrência de intercorrências, durante ou após o procedimento, que justifique a realização de outros procedimentos anestésicos, inclusive anestesia geral, a critério do médico-assistente e da equipe envolvida;
- Fui informado que arritmias podem ter diversas causas. Assim, sintomas semelhantes ao que apresentei, tais como, palpitações, tonturas, dor no peito ou desmaio, podem aparecer novamente após a realização do exame. Caso isso ocorra, fui orientado a informar um médico, com brevidade;

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ABLAÇÃO POR CATETER	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

8. Fui informado pela equipe que o tempo de realização do exame pode variar;
9. Fui informado que, ao final do procedimento, os cateteres serão removidos e, logo em seguida, será realizada pressão nos locais de punção, para prevenção de sangramentos. O paciente não pode mover a região pressionada por um intervalo de 2h a 6h. De acordo com a avaliação do médico, o paciente poderá ser transportado para uma Sala de Recuperação (SR) ou Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), logo após o exame;
10. Fui informado que, independentemente do local que serei levado após o exame, e após avaliação pela equipe, terei acesso a uma refeição leve (conforme prescrição) e a analgésicos, se necessitar, bem como que o tempo total de internação hospitalar dependerá do resultado do exame e do planejamento prévio feito com o médico. Ainda, estou ciente que um membro da equipe médica que realizou o exame irá discutir, e, se, possível com meu médico, os resultados e outras opções de tratamento, se necessário.

RISCOS INERENTES DESSE PROCEDIMENTO / ATO MÉDICO

11. Fui informado que todo ato médico que envolva a colocação de cateteres possui um risco envolvido na sua realização. Os problemas usualmente verificados são a formação de hematomas no local da punção, dor moderada, tontura da sedação, aparecimento de pequenos coágulos, tromboflebites, dentre outros menos frequentes. Tais problemas devem desaparecer em poucos dias, conforme o organismo de cada paciente. Caso o desaparecimento não ocorra ou se perceba algo fora da normalidade após o exame, o paciente deve procurar atendimento médico, com brevidade;
12. Fui informado que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, pelo que não há garantia de obtenção de cura ou do resultado esperado/desejado. Além disso, fui informado que, independentemente da técnica e do zelo empregado pelos profissionais envolvidos no ato, podem surgir circunstâncias complicadas e agudas que podem evoluir, inclusive, para o ÓBITO do paciente. Fui informado e compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e que não podem ser dadas quaisquer garantias, por isso, os riscos do ato médico estão sempre presentes, em menor ou maior grau de probabilidade de ocorrência, conforme previsto na literatura médica;
13. Estou ciente de que o paciente necessita cumprir integralmente as orientações médicas prescritas ou ditas, e de que deve buscar imediatamente atendimento médico, após a alta hospitalar, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como, mas não apenas estes: dor, febre, tontura, abertura de pontos ou sangramento.
14. Estou ciente que após a alta hospitalar o paciente necessita evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para realizar isso por parte do seu médico, bem como que a não observância disso poderá causar agravo à sua saúde.
15. Reconheço a limitação de que nem todos os riscos do procedimento cirúrgico e anestésico podem ser incluídos neste documento, bem como que suas ocorrências podem variar de formas inesperadas, conforme as circunstâncias do caso concreto e das condições pessoais de cada paciente.
16. Estou ciente que necessito prestar todas as informações relativas a alterações na minha saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, experiências e ou complicações com anestesia minhas e de familiares, medicações em uso (especialmente anticoagulantes e corticoides) e hábitos (como tabagismo, consumo excessivo de cafeína, uso de bebida alcoólica ou drogas), ciente que qualquer omissão quanto a esses dados poderá trazer prejuízos à saúde do paciente e comprometer o resultado da cirurgia.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ABLAÇÃO POR CATETER	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

17. Se a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, autorizo a realização dos procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis ao caso na tentativa de afastar o perigo de morte apurado, inclusive, se necessário, a suspensão, complementação, extensão ou alteração do procedimento cirúrgico originalmente proposto, a critério do julgamento técnico dos profissionais da medicina em atuação durante a execução dos atos médicos, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realiza o atendimento. Autorizo a realização de anestesia geral e transfusão de sangue, se for necessário;

18. Autorizo a equipe de enfermagem e médica do HBB a realizar o acompanhamento da evolução do tratamento através de registros fotográficos periódicos, se for pertinente, bem como autorizo a utilização dos dados do prontuário do paciente e das imagens em treinamentos, pesquisas clínicas ou acadêmicas por tempo indeterminado, desde que preservado o sigilo sobre a identidade do paciente.

19. Estou ciente que posso retirar o consentimento e cancelar o procedimento, se eu assim decidir, sem que isso implique em qualquer constrangimento ou dificuldade de acesso ao tratamento no futuro.

20. Este procedimento me foi explicado de forma clara pelo médico e sua equipe, recebendo orientação quanto aos benefícios, riscos e alternativas, inclusive a sua não realização, oportunidade na qual pude fazer perguntas e obter respostas. Satisfeito com as informações recebidas e de acordo com as condições, AUTORIZO a execução do procedimento em questão e assumo os riscos inerentes desse ato, conforme as condições acima descritas.

Lajeado, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável pelo Paciente
Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a): _____ CRM: _____, declaro que coletei o presente consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura