



|   |  |          |
|---|--|----------|
| <br>Sua Saúde é Nossa Vida | FORMULÁRIO   | FO – JUR |
|   | <b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO<br/>         PARA REALIZAÇÃO DE ECOCARDIOGRAMA<br/>         TRANSESOFÁGICO</b> |          |
| Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born  |  |          |

| IDENTIFICAÇÃO                             |
|---|
| <b>NOME DO PACIENTE:</b>                  |
| <b>DATA DE NASCIMENTO:</b>                |
| <b>CPF OU RG:</b>                         |
| <b>NOME DA MÃE DO PACIENTE:</b>           |
| <b>NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:</b> |
| <b>CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:</b>          |
| <b>NOME DO MÉDICO:</b>                    |
| <b>CRM DO MÉDICO:</b>                     |

Eu, na condição de paciente ou de seu responsável por esse, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, DECLARO que:

1. AUTORIZO o médico(a) acima identificado(a) e demais profissionais e auxiliares vinculados ao seu atendimento, a realizar o procedimento denominado de ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO;
2. Estou ciente que o ecocardiograma tranSESOFÁGICO é um exame que consiste na passagem de uma sonda de ultrassom pela orofaringe através do esôfago, até o estômago, permitindo melhor visão e avaliação das estruturas do coração;
3. Estou ciente que o exame em questão tem sua segurança demonstrada em vários trabalhos científicos;
4. Estou ciente que os efeitos adversos que eventualmente podem ocorrer com maior frequência neste exame são, mas não exclusivamente: *náuseas, dor de cabeça, sangramento e irritação na garganta, podendo levar a dificuldade temporária de deglutição. Efeitos adversos importantes podem ocorrer muito raramente e incluem arritmias cardíacas graves, insuficiência respiratória e lesão ou perfuração do esôfago;*
5. Estou ciente que a introdução da sonda pela boca e sua passagem pela garganta acarreta um pouco de incômodo, motivo pelo qual se utiliza a aplicação tópica de anestésico local para diminuir este incômodo. Muitas vezes para melhor tolerabilidade do exame e maior conforto do paciente, é utilizada, medicação com efeito sedativo. Nesses casos será necessário punção de veia periférica;
6. Fui informado(a) que podem ocorrer insucessos, bem como que pode haver a necessidade de repetição do exame. Fui informado(a) que, na hipótese de necessidade de repetição do exame, por qualquer motivo, se o atendimento for particular ou por convênio, não há reembolso de despesas pagas pelo paciente ou convênio, pois foi gerado gasto, pelo hospital, com honorário médico, material, insumos, tempo de uso de equipamento, despesas com pessoal, etc., além do que na hipótese de novo exame, serão geradas novas despesas para a sua realização;
7. Fui informado(a) que durante o procedimento poderá ocorrer intercorrências imprevistas ou fortuitas, não obstante a técnica e indicações apropriadas, com necessidade de procedimentos urgentes não antecipados, tais como, por exemplo, transfusão de sangue e anestesia geral. Em razão disso, desde já, autorizo na realização de qualquer procedimento adicional julgado necessário, pelo médico, durante o procedimento original e cujo retardo possa ocasionar danos adicionais a saúde do paciente;

|  |  |          |
|--|--|----------|
| <br>HOSPITAL<br><b>Bruno Born</b><br>Sua Saúde é Nossa Vida | FORMULÁRIO   | FO – JUR |
|  | <b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO<br/>         PARA REALIZAÇÃO DE ECOCARDIOGRAMA<br/>         TRANSESOFÁGICO</b> |          |
| Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born   |  |          |

8. Fui informado(a) 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 ou desejado. Além disso, fui informada que, independentemente da técnica e do zelo empregado pelos profissionais envolvidos no ato, podem surgir circunstâncias complicadas e imprevistas 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;

9. Fui informado(a) que devo cumprir integralmente as orientações médicas que me foram prescritas, no pré e no pós-procedimento, bem como que devo buscar imediatamente atendimento médico após a alta hospitalar, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma diverso da normalidade, tais como, febre, dor, tontura, sangramento, dentre outros;

10. 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 ou comprometer o resultado do tratamento;

11. 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, alergias a medicamentos ou alimentos, 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 do tratamento;

12. 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;

13. Satisfeito com as informações recebidas e de acordo com as condições, autorizo a execução do procedimento em questão e assumo os riscos inerentes deste.

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 apliquei previamente o consentimento, informando os riscos e esclarecendo dúvidas ao paciente/responsável.

\_\_\_\_\_  
 Médico(a) – Assinatura