
 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ELETROCONVULSOTERAPIA	
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, na condição de PACIENTE ou de seu RESPONSÁVEL, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, DECLARO que:

1. AUTORIZO o médico acima identificado e demais profissionais e auxiliares vinculados ao seu atendimento a realizar o procedimento de ELETROCONVULSOTERAPIA – ECT.
2. Fui informado claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos conhecidos relacionados ao tratamento que será realizado, bem como que os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas previamente pela equipe médica.
3. Fui informado que em geral é necessário de 6 a 12 sessões iniciais e que a decisão, bem como o acompanhamento da evolução do tratamento, será de responsabilidade do médico que indicou o tratamento.
4. Fui informado que alguns medicamentos deverão ser suspensos antes de iniciar o procedimento, a critério do médico.
5. Fui informado que a ECT será realizada em ambiente hospitalar com uso de anestesia geral, e, por esse motivo, me comprometo a permanecer em JEJUM ABSOLUTO DE LÍQUIDOS E SÓLIDOS DE 8 HORAS, inclusive, não sendo permitido ingerir água.
6. Estou ciente que, se houver a necessidade de administração de MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO (pressão alta, diabetes, etc.), pode ele ser ministrado normalmente, porém com POUCA ÁGUA E EM ATÉ DUAS HORAS ANTES da sessão.
7. Estou ciente que devo retirar qualquer aparelho dentário móvel antes do procedimento, brincos e outros adornos metálicos, e que não posso molhar o cabelo nos dias de sessão de ECT.
8. Estou ciente que necessito apresentar os meus exames pré-ECT e a avaliação atual do cardiologista antes do início das sessões de ECT.
9. Estou ciente que, para a realização do procedimento, serão colocados na cabeça e no corpo do paciente eletrodos e outros aparelhos de monitorização, tais como, eletrodos para eletroencefalografia, eletrodos para monitorização cardíaca, oxímetro e manguito de pressão.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ELETROCONVULSOTERAPIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

10. Estou ciente que, antes da sessão de ECT, uma agulha será inserida na veia do paciente para que sejam injetadas medicações. O paciente receberá um anestésico que o fará dormir por 5 a 10 minutos e, em seguida, será aplicada uma medicação para relaxamento muscular. Outros medicamentos poderão ser aplicados conforme a necessidade individual do paciente.

11. Estou ciente que um protetor bucal será colocado na boca do paciente para proteger seus dentes, sem causar desconforto.

12. Estou ciente que, quando o paciente estiver anestesiado (inconsciente) e com a musculatura relaxada, uma corrente elétrica com carga cuidadosamente controlada passará através de dois eletrodos colocados na cabeça do paciente, desencadeando disparos rítmicos cerebrais autolimitados de aproximadamente 20 segundos, praticamente, imperceptível.

13. Estou ciente que durante todo o processo uma máscara de oxigenação será colocada no rosto do paciente. Ao retomar a consciência, o paciente fará um jejum (irá se alimentar), será reavaliado pela equipe e, após, poderá ser liberado para deixar o hospital.

14. Estou ciente que, ao acordar da anestesia, o paciente estará confuso e desorientado por um pequeno período de tempo, ciente que a perda momentânea da memória é um efeito comum da ECT, que tende a desaparecer após as aplicações. Por esse motivo, durante e logo após as aplicações o paciente não deve tomar decisões importantes sobre a sua vida pessoal e sobre os seus negócios. Além disso, outros efeitos colaterais comuns são dores de cabeça, náuseas e dores musculares.

15. Estou ciente que durante o procedimento o paciente não sentirá dor ou desconforto.


16. Estou ciente que é necessário que o paciente esteja acompanhado de um adulto maior de 18 anos e capaz, desde o momento de chegada até o término do procedimento.

17. Estou ciente que, após a sessão, o paciente não poderá dirigir automóvel ou outros veículos, e não poderá ser transportado na garupa/carona de motocicleta. O paciente também não poderá operar máquinas (trator, empilhadeira e outras) ou ferramentas perigosas (motosserra, plaina e outras), durante todo o dia.

18. Estou ciente que, como todo procedimento médico, a ECT também possui riscos e efeitos colaterais. A existência de doenças cardiovasculares instáveis e lesões expansivas cerebrais podem ser contraindicação para este procedimento. A taxa de mortalidade de paciente submetidos a ECT é estimada em 0,1% a 0,01%. O risco de óbito do paciente é muito raro, mas, como todo procedimento médico, está sempre presente. Destaca-se que doenças clínicas não controladas (especialmente cardiovasculares), aumentam os riscos deste procedimento. A ciência médica não é uma ciência exata e, por isso, os riscos do ato médico estão sempre presentes, em menor ou maior grau de probabilidade de ocorrência, conforme previsto na literatura médica.

19. Reconheço a limitação de que nem todos os riscos do procedimento 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. A literatura médica está em constante evolução e pode complementar os possíveis riscos do procedimento.

20. Fui informado que é dever do médico coletar o consentimento prévio do paciente. Por isso, se por acaso a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, desde já ficam autorizados o médico e demais membros da equipe a adotar os procedimentos recomendáveis ao caso na tentativa de

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ELETROCONVULSOTERAPIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

afastar o perigo à vida, inclusive, podendo suspender, complementar ou modificar o ato médico originalmente proposto, a critério do julgamento técnico dos profissionais envolvidos;

21. Estou ciente que, após a realização da ECT, os meus sintomas poderão retomar e é provável que necessite de tratamento adicional de manutenção com medicações, bem como fui orientado a retornar ao meu médico para continuação do tratamento.

22. 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 ou desejado. Fui informado e compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e que não podem ser dadas quaisquer garantias.

23. A realização deste procedimento é uma escolha que eu, paciente, fiz, conscientemente, após discussão prévia de caso com meu médico e estar ciente do meu atual estado de saúde, dos riscos e dos benefícios que o procedimento pode trazer para a minha saúde, sabendo que não há garantia de obtenção dos benefícios esperados;

24. 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 diverso da normalidade.

25. 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 ainda se tenho alergia a determinado medicamento ou alimento, bem como qualquer tipo de restrição ou problema de saúde, inclusive, no passado.

26. Estou ciente que eu, paciente, antes da execução do ato médico, posso revogar este consentimento, sem temor de sofrer penalidade ou limitação de acesso futuro aos serviços de saúde.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, inclusive os termos técnicos utilizados, **AUTORIZANDO** a realização do procedimento acima identificado e assumindo previamente esclarecido os riscos inerentes a realização 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