 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA INTRACRANIANO E/OU DE MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS	
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(a) acima identificado(a) e demais profissionais e auxiliares vinculados ao seu atendimento a realizar o procedimento invasivo para fins terapêuticos denominado por EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA INTRACRANIANO e/ou de MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS.

2. Fui informado pelo médico executor acima identificado de que a anamnese e os exames realizados em minha pessoa revelaram: _____ ;


3. Fui informado que para tentar remediar esse estado patológico será necessária a realização de procedimento de Embolização de Aneurisma Intracraniano e/ou Malformações Arteriovenosas, conforme julgamento do médico, que consiste na utilização de microcateter introduzido pela artéria femoral do paciente, na região inguinal (coxa), navegando até o interior da patologia/problema, localizado no cérebro, para ocluí-lo (obstrução momentânea; fechamento) com diferentes materiais: espirais de platina, balão ou stent intracraniano ou cola. Dentro do cateter passam o material necessário para o procedimento que são colocados no local da patologia/problema, preenchendo o local, evitando, assim, o seu rompimento e o derrame cerebral;

4. Fui informado que o uso de medicamentos somente poderá ser realizado mediante autorização expressa do médico.

5. 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, bem como qualquer tipo de restrição ou problema de saúde, inclusive, no passado;

RISCOS INERENTES DO PROCEDIMENTO / ATO MÉDICO

6. Fui informado que todo ato médico possui um risco envolvido na sua realização, bem como que os riscos normalmente verificados neste procedimento são, mas não exclusivamente: *grave perda de sangue, parada cardiorrespiratória, choque anafilático, infecção (inclusive sepse, uma infecção grave no sangue que atinge todo o organismo), comprometimento do encéfalo, da medula espinhal, dos nervos cranianos e periféricos, com as conseqüentes paralisias motoras (hemiplegia, tetraplegia, paraplegia), perda da sensibilidade, comprometimento da linguagem (perda da voz), da inteligência e de órgãos do sentido,*

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA INTRACRANIANO E/OU DE MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

perda de controle miccional (ato de urinar) e fecal (ato de defecar), perda de coordenação motora, perda da visão (cegueira ou diplopia), embolia pulmonar (em geral muito grave, podendo levar a óbito), distúrbio do equilíbrio, acidente vascular cerebral (AVC), dificuldade respiratória irreversível (levando a dependência de uso de aparelhos para manter a respiração), complicações de saúde que podem causar uma vida vegetativa (estado de coma irreversível), perda ou redução da capacidade para o trabalho, e, também, há o risco de ÓBITO do paciente, dentre outros problemas;

7. 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.

8. 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. Além disso, fui informado que, independentemente da técnica e do zelo empregado pelos profissionais envolvidos no ato médico, 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;

9. 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 médicos e hospitalares recomendáveis ao caso na tentativa de afastar o perigo à vida, inclusive podendo suspender, complementar ou modificar o ato médico originalmente proposto, a critério do julgamento técnico dos profissionais envolvidos;


10. Fui informado da necessidade de realização de anestesia geral para realização do procedimento cirúrgico previsto neste termo em questão, bem como que o emprego de anestesia, conforme seus métodos, técnicas e fármacos, são de indicação exclusiva do médico anestesista;

11. Fui informado do risco de perda grave de sangue. Por isso, autorizo a realização de transfusão de sangue ou de hemoderivados, caso seja necessário, bem como autorizo que qualquer tecido do meu corpo removido cirurgicamente seja encaminhado para exame, se necessário;

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

13. Fui informado que são condições que potencializam o risco de ocorrência de infecção a presença de diabetes, obesidade, maus hábitos alimentares e de higiene, ou caso o paciente seja idoso, etilista, tabagista, sedentário ou hipertenso, ou faça uso de drogas, medicamento corticosteroide ou anticoagulante, ou se for portador de germe multirresistente na sua flora residente (no seu organismo).

14. Fui informado que, independentemente de todos os cuidados de manejo e assepsia realizados em favor do paciente durante a sua estadia no ambiente hospitalar, é indispensável que o paciente realize com precisão os cuidados de manejo e assepsia da ferida, seguindo exatamente a instrução pós-alta hospitalar em seu domicílio fornecida pelo médico, ciente de que a não observância desses cuidados poderá gerar infecção ou outros agravos a sua saúde.

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA INTRACRANIANO E/OU DE MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

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