

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO (DIAGNÓSTICO)	
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:

- AUTORIZO** o(a) médico(a) acima identificado(a) e demais profissionais e auxiliares vinculados ao seu atendimento, a realizar o procedimento invasivo para fins de diagnóstico denominado por **ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO**.
- Fui informado em termos leigos que o Estudo Eletrofisiológico consiste no registro da atividade elétrica do coração, por meio de cateteres intracardíacos introduzidos por meio de punção percutânea, via veias femorais (presentes na região da perna), com posicionamento com auxílio de Raio-X (fluoroscopia). A partir disso, será registrada a ativação elétrica do coração e, eventualmente, pequenas estimulações elétricas serão realizadas e registradas com o auxílio de equipamentos, sensibilidade, a fim de avaliar o sistema elétrico do coração e, eventualmente, provocar arritmia para determinar o local de origem desta, permitindo a localização e o mapeamento detalhado dos circuitos e focos ectópicos (ritmo cardíaco irregular), para eventual tratamento com ablação por cateter;
- Fui informado que serão introduzidos cateteres em vasos sanguíneos do meu corpo, mediante punção percutânea seguida de manobras de passagem e/ou mobilização, executadas por profissionais médicos especialistas, bem como que serão conectados fios de equipamentos a pele do meu corpo para monitorar de modo computadorizado os dados obtidos pelo eletrocardiograma;
- Fui informado que devo respeitar o jejum nas 6h (seis horas) que antecedem o exame, bem como que devo comunicar a equipe médica e de enfermagem 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. Além disso, fui informado que tenho o dever de comunicar a equipe médica do Hospital, previamente à realização do exame, 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 exame será realizado com o uso de sedativos, considerando-se que, dentro dos vasos sanguíneos e do coração, não existem nervos, portanto, o ato de passagem ou mobilização do cateter, é indolor. Por esse motivo, não é realizada anestesia geral para este exame, salvo em casos de necessidade, a critério da equipe médica.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO (DIAGNÓSTICO)	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

7. Fui informado que arritmias podem ser reproduzidas, motivo pelo qual 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 o meu médico, com brevidade;

8. Fui informado que o tempo de realização do exame pode variar conforme o tipo de arritmia que possuo, das eventuais dificuldades de mapeamento do coração, dentre outros fatores. Todavia, em condições favoráveis, a duração de um procedimento é variável, conforme a necessidade técnica ou complexidade do caso;

9. Fui informado que, ao final do exame, os cateteres serão removidos e, logo em seguida, será realizada pressão nos locais de punção por aproximadamente 15 min, 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, 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.

11. Estou ciente que o surgimento ou a manutenção dos sintomas apresentados antes do exame é normal, visto que se trata de exame de auxílio ao diagnóstico;

RISCOS INERENTES DO EXAME

12. Fui informado que todo ato médico possui um risco inerente a sua realização e a situação do paciente. Os problemas mais frequentes, mas não exclusivos, são: *a formação de hematomas no local da punção, dor moderada, tontura da sedação, aparecimento de pequenos coágulos e tromboflebites*. O surgimento de outras complicações são menos frequentes, porém não estão excluídas. Tais problemas devem desaparecer em poucos dias, variando 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. Com a realização do exame, pode também ocorrer dano vascular e/ou hemorragia sanguínea. Há também o risco de contrair infecção e de morte por sepse, embora seja rara a sua ocorrência;

13. 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, 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;

14. Se por acaso a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, desde já ficam autorizados os membros da equipe a adotar os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis ao caso na tentativa de afastar o perigo de morte, inclusive podendo suspender, complementar ou modificar o ato médico originalmente proposto, a critério do julgamento técnico dos profissionais envolvidos. Autorizo a realização de anestesia geral e a transfusão de sangue, se for necessário;

15. Estou ciente de que devo cumprir integralmente as orientações médicas prescritas e que devo buscar imediatamente atendimento médico após a alta hospitalar, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como febre, dor, tontura, sangramento e outros.

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO (DIAGNÓSTICO)	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

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 assistente, bem como que a não observância disso poderá causar dano à saúde do paciente ou comprometer o tratamento realizado.

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 da cirurgia.

18. 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.

19. 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, pelo que AUTORIZO a realização do procedimento e assumo os riscos inerentes deste.

Lajeado, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Paciente

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

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

Médico(a) – Assinatura