

Versão:2º - 20/01/2016

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

ANGIOPLASTIA

COLAR ETIQUETA

Por este instrumento particular o(a) paciente (ACIMA CITADO) ou seu responsável (ABAIXO CITADO), declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente (ABAIXO CITADO), para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "ANGIOPLASTIA", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (ABAIXO TRANSCRITOS) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: Procedimento que visa desobstruir artérias, podendo utilizar balões dilatadores ou colocação de "stent".

COMPLICAÇÕES

- Morte: até 1% (até um caso para cada cem pacientes).
- Infarto do miocárdio.
- AVC (derrame)
- Lesões vasculares locais.
- Hematomas locais.
- Lesão vascular com necessidade de correção por cirurgia local, e necessidade de eventual transfusão.
- Formação de pseudo-aneurisma.
- 8. Arritmia: extrasistoles ventriculares
- 9. Fibrilação atrial.

- 10. Taquicardia Ventricular Sustentada
- Fibrilação ventricular.
- Reflexo Vaso-vagal.
- Perfurações de vasos.
- Infecções.
- 15. Alergias ao contraste.
- Alteração renal, podendo desenvolver insuficiência. Maior risco em diabéticos, desidratados, idosos, usando antibióticos e antiinflamatórios.
- 17. Dor precordial

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infectores Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

- 1. Cirurgias limpas 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário):
- 2. Cirurgias potencialmente contaminadas 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
- Cirurgias contaminadas 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível
 descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e
 urinária
- 4. Cirurgias infectadas 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido,entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

☐ Paciente:	Recife (Pernambuco)
	/
Assinatura	Hora::
□Aplicável se responsável	Testemunhas:
Nome:	1)Nome:
Doc. Identidade nº:	CPF n°:Assinatura:
Grau de Parentesco:	2)Nome:
	CPF n°:Assinatura:
Assinatura	
PREENCHIDO PELO MÉDICO: Expliquei todo o procedimento/ tratamento ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os beneficios, riscos, alternativas, referentes a sua recusa, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.	
Nome do médico(a):	
CRM:	Assinatura e Carimbo