

Termo de Ciência e Consentimento

Cardioversão

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____, declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

Cardioversão Elétrica

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado (a) que a cardioversão elétrica é um procedimento indicado para o tratamento de distúrbios do ritmo cardíaco denominados de arritmias cardíacas (flutter atrial ou fibrilação atrial).

Compreendi que o procedimento é realizado pela transmissão de energia através do coração por pás que são posicionadas no tórax, e que resulta na restituição do ritmo normal do coração. A cardioversão elétrica é realizada sob sedação e tem uma taxa de sucesso superior a 90%. A duração do procedimento é de aproximadamente 30 minutos, mas é necessário, posteriormente, um período de monitorização de pelo menos 3 horas antes da alta.

Compreendi que a cardioversão elétrica só será realizada quando precedida pelo uso adequado de anticoagulantes por um período mínimo de 3 semanas ou por um exame capaz de detectar coágulos no coração - Ecocardiograma transesofágico. Esses cuidados reduzem o risco para < 1% de que um coágulo presente no meu coração seja deslocado para o meu cérebro e cause um derrame.

Estou ciente de que o procedimento pode está associado a algumas complicações gerais como reações alérgicas, queimaduras na região do tórax, indução de outras arritmias ou ritmos cardíacos lentos após a reversão. Essas complicações são infrequentes, geralmente não trazem maiores repercussões clínicas e são controladas rapidamente.

Também fui informado (a) que as únicas alternativas à cardioversão elétrica são a manutenção da arritmia associada ao controle da frequência cardíaca ou a tentativa de reversão da arritmia através de medicações com taxas de sucesso inferiores a 50%.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Nome do médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____