

# Termo de Ciência e Consentimento

## Cintilografia Miocárdica

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:

#### ***Cintilografia Miocárdica***

### O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado(a) que a cintilografia miocárdica (CM) consiste em um exame que utiliza radiação gama para a geração de imagens tomográficas do coração e que por isso está contraindicado para pacientes gestantes ou com suspeita de gravidez. Entendi que a CM é um exame diagnóstico em cardiologia, tendo como principais indicações: identificar doença isquêmica do coração ou avaliar a resposta do coração após cirurgia de ponte de safena ou angioplastia coronariana.

Entendi que para este exame é necessária uma etapa de estresse, na qual será realizada, conforme avaliação médica, com esforço na esteira ergométrica ou estresse farmacológico, nesse último caso utilizando-se de substâncias vasodilatadoras como o dipiridamol. A etapa de repouso habitualmente será realizada no mesmo dia. O médico estará ao lado do paciente durante todo o procedimento.

Compreendi que quando a opção for o esforço físico, será realizado caminhando em esteira ergométrica. Progressivamente o médico aumentará a velocidade e/ou inclinação até o limite tolerado. A interrupção do exercício poderá ser solicitada pelo paciente devido a cansaço ou a outros sintomas. Eventualmente, o médico que acompanha o exame poderá interrompê-lo caso julgue necessário.

Entendi que apesar de todos os cuidados algumas complicações podem ocorrer, incluindo queda da esteira, resposta anormal da pressão arterial, alterações do ritmo cardíaco, angina do peito e tonturas. Complicações mais graves com infarto e morte são extremamente raras (0,01%) e ocorrem geralmente em portadores de doença cardíaca grave.

Entendi que quando a opção for o teste farmacológico estarei deitado em uma maca, monitorizando eletrocardiograma e pressão arterial. Será injetado por via venoso o dipiridamol (vasodilatador). Leve cefaleia, calor e peso no corpo são frequentes, mas de curta duração e rapidamente revertidas com medicação específica.

Fui informado(a) que, quando a cintilografia miocárdica é indicada, as alternativas para diagnosticar isquemia no coração são em geral menos eficientes ou inexistentes. Duas alternativas seriam a não realização do exame, ou a realização de outro tipo de exame com o mesmo propósito de acordo com indicação médica. Fui informado(a) também sobre as consequências de não realizar o procedimento da forma indicada.

## 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.

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.

Autorizo a veiculação das referidas imagens do exame para fins científicos (preservando a identidade do paciente). Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

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/ BIOMÉDICO 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/Biomédico \_\_\_\_\_ CRM/CRBM: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_