

Termo de Ciência e Consentimento Ecocardiograma Transesofágico

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

O Ecocardiograma transesofágico é um exame diagnóstico cardiológico que consiste na Introdução de uma sonda específica no esôfago, semelhante a uma sonda de endoscopia, que irá fornecer imagens detalhadas do coração e dos grandes vasos. Este exame apresenta alta sensibilidade para detecção de trombos intracardíacos, vegetações de endocardite bacteriana, cardiopatias congênitas, doenças da aorta e permite uma avaliação mais detalhada das próteses valvares cardíacas.

Entre as indicações mais freqüentes do Ecocardiograma Transesofágico está a investigação do paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC), principalmente nos adultos jovens, que apresentam etiologia mais diversa. Este exame apresenta alta sensibilidade na pesquisa de trombos intracardíacos e cardiopatias congênitas que podem estar relacionadas com AVC, como Forame oval patente, Aneurisma do septo atrial e Comunicação interatrial.

Para que o exame seja confortável, utiliza-se medicações anestésica em forma de "spray" na Orofaringe e sedação por via endovenosa com medicação de curta duração.

Devido à sedação é necessário jejum absoluto de 8h. O paciente deverá trazer acompanhante e recomenda-se não dirigir automóvel ou qualquer outro veículo por um período de 12h após a realização do exame.

Assim como a Endoscopia Digestiva Alta, o Ecocardiograma Transesofágico é um Procedimento invasivo que pode apresentar riscos.

Alguns indivíduos que tem aumento do reflexo de náusea podem apresentar, depois do Exame, discreta dor "na região da garganta". Outras complicações como lesão de esôfago, Sangramento, brancoespasmo, hipóxia transitória e com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica, hipotensão e arritmias cardíacas **são raras** (menos de 1%).

São contraindicações ao exame: Tumores do Esôfago e do estômago, cirurgia esofágica ou gástrica recentes, varizes esofágicas, disfagia e história de hemorragia digestiva alta.

Dúvidas a respeito do exame serão esclarecidas pelo médico que realizará o procedimento.

O (a) paciente _____ ou seu responsável, o (a) Sr. (a) _____, declara que dá plena autorização ao médico (a) Ecocardiografista, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CREMEB sob o nº. _____ para proceder a realização de **ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO** e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal exame possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos artigo 56 e 59 do Código de Ética Médica e no art. 9 da Lei 8078, apresentou informações detalhadas sobre os procedimentos a serem adotados na realização do referido exame para ser autorizado.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou foram lidas para mim, descrevendo o exame.

Foi discutida com o Dr. _____ a minha decisão de aceitar esse procedimento. Ficaram claros para mim quais são os propósitos dos procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos. Concordo voluntariamente com o que será realizado e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou ao meu atendimento neste serviço.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o procedimento realizado não assegura a garantia de diagnóstico e que os resultados do exame podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Certifico que o meu médico me informou sobre a natureza e características do procedimento, bem como dos resultados esperados e de outras possíveis alternativas diagnósticas, como também os possíveis riscos conhecidos, complicações e benefícios esperados relativos ao procedimento proposto e as formas alternativas de diagnóstico, incluindo a não realização do exame.

Autorizo Ecocardiograma Transesofágico

Salvador, ____ de _____ de 20____ : ____ (hh:min)
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Responsável
Nome: _____ RG: _____
Assinatura: _____ Parentesco _____
Nome do médico/ anestesiologista _____ CRM: _____
Assinatura: _____