

# Termo de Ciência e Consentimento Hemodinâmica

Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Registro: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

---

Eu, \_\_\_\_\_, sexo \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_, portador da identidade número \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente informado, em linguagem clara e objetiva sobre a minha doença (história natural, avaliação médica, resultados de exames complementares e seu prognóstico), assim como sobre as opções de tratamentos possíveis e alternativas terapêuticas.

Foi-me concedida a oportunidade de esclarecer dúvidas e fazer questionamentos sobre a minha doença e tratamento a que serei submetido, assim como me foi disponibilizada a possibilidade de novos esclarecimentos caso eu julgue necessário.

Estou ciente dos riscos e benefícios do tratamento/procedimento proposto, assim como dos riscos decorrentes da não realização do mesmo(s).

Após tais esclarecimentos, me foi proposto o seguinte tratamento/procedimento:

\_\_\_\_\_.

Declaro ter compreendido que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo de procedimento ou da eficiência dos cuidados médicos.

Fui esclarecido que pode ocorrer sangramento no local da punção do vaso sanguíneo e acúmulo de sangue embaixo da pele neste mesmo local (hematoma). Fui informado também que o uso de contraste iodado está infrequentemente associado a reações alérgicas, sendo as mais comuns as do tipo urticária e/ou angioedema (vermelhidão e inchaço da pele) ou asmatiforme (falta de ar e piado no peito). Também fui informado que, apesar de muito raro, durante ou após qualquer procedimento, podem ocorrer arritmias cardíacas, derrame cerebral (AVC) ou ataque cardíaco (infarto do miocárdio), e que tais complicações e outras mais raras podem levar à internação prolongada, incapacidade temporária ou permanente e até óbito.

Estou ciente que situações imprevisíveis, imponderáveis e emergências podem ocorrer. Autorizo, nestas circunstâncias, qualquer outro procedimento, exames, tratamento ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e outros hemocomponentes necessários para solucionar tais situações de acordo com suas características e peculiaridades técnicas.

Fui informado que, no período pós-procedimento, devo comunicar o meu médico e/ou retornar ao pronto atendimento do hospital em caso de sangramento no local da punção do vaso sanguíneo e de formação ou piora do hematoma, ou em caso de febre, vermelhidão ou saída de secreção do local do procedimento.

Sei que tenho o direito de desistir, a qualquer momento, do tratamento proposto, mediante a revogação deste termo de consentimento.

**Autorização:**

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

Expliquei todo o procedimento a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, estão em condições de compreender o que lhes foi informado.