

Termo de Ciência e Consentimento

Embolização cerebral e/ou medular

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:

Embolização cerebral e/ou medular

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado (a) de que as embolizações cerebrais são indicadas em diversas patologias do cérebro e medula, incluindo mais frequentemente o aneurisma cerebral, as malformações arteriovenosas, e os tumores vascularizados. O tratamento dessas patologias tem como objetivos prevenir o rompimento do vaso e a ocorrência de hemorragias, restabelecer o fluxo sanguíneo na artéria ou veia, ou ainda conter os sangramentos que já ocorreram.

Compreendi que o procedimento é realizado através da introdução de cateteres e fios a partir das veias e/ou artérias da virilha até a região a ser tratada. Nessa região é injetado o contraste que permite a visualização detalhada da anomalia vascular. O tratamento das patologias acima descritas requer também a utilização de diversos materiais específicos como espirais de platina, colas e/ou stents. Dada a sua complexidade, esses procedimentos são realizados sob anestesia geral.

Estou ciente que a embolização, mesmo sendo uma técnica menos invasiva que a cirurgia convencional, é um procedimento de alta complexidade que pode estar associado a complicações gerais como sangramento, infecção, arritmias e disfunções de múltiplos órgãos, as quais podem levar à internação prolongada, incapacidade temporária ou permanente, e até ao óbito. Apesar de infrequentes, complicações mais graves podem ocorrer e incluem isquemia ou hemorragia cerebral/medular, disfunção renal necessitando de diálise e reações alérgicas graves. Compreendi que os riscos de óbito e dessas complicações variam com o perfil clínico de cada paciente, e que a frequência com que ocorrem pode ser apenas estimada pelo médico.

Entendi que pode ser necessário o uso prévio de medicações que atuam na prevenção de reações alérgicas ao contraste, caso haja algum dado clínico que indique risco aumentado dessas reações.

Também fui informado (a) que apesar do uso obrigatório de raios-X para geração das imagens, são utilizadas técnicas que reduzem ao máximo a dose de radiação à qual o paciente é exposto.

Compreendi que, quando a embolização endovascular é indicada, a cirurgia convencional é normalmente uma alternativa menos eficiente, menos segura ou contraindicada. Fui informado(a) também sobre as consequências de não realizar o procedimento da forma indicada.

Compreendi que apesar da alta probabilidade de sucesso, não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independente do tipo do procedimento, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão apresentar-se outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergências que necessitem mudanças e adaptações do procedimento proposto.

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;

Autorizo a realização de filmagens / fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos. 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 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: _____