

## TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Clínica: Neuroradiologia Intervencionista

De acordo com os artigos 22 e 31 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2019 e os artigos 6º, III e 39, IV da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que “garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.”

Na presente data, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, Eu, \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Identidade nº: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_, Autorizo o procedimento ARTERIOGRAFIA.

Declaro para os devidos fins que fui previamente informado pela equipe de neuroradiologia intervencionista, representada pelo DR./DRA \_\_\_\_\_, do meu estado de saúde, diagnóstico e evolução provável de minha doença.

Declaro igualmente, ter sido informado(a) de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento a que vou me submeter, bem como sobre os efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo.

Declaro, ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar a equipe médica a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica a mesma autorizada desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, segundo seu julgamento.

A angiografia dos vasos cervicais e cerebrais é um procedimento cirúrgico, que consiste em navegar um cateter até os vasos cerebrais, injetando-se contraste não iônico e filmando as artérias e veias do sistema nervoso central, que serão adquiridas e processadas em aparelho de hemodinâmica. A indicação deste procedimento é definida e de responsabilidade do se médico(a) assistente para esclarecimento diagnóstico, sendo executado pelos médicos da equipe de neuroradiologia intervencionista.

### ANGIOGRAFIA CEREBRAL

Abaixo estão listadas as possíveis complicações neurológicas relacionadas à angiografia cerebral:

- Cefaléia. Amnésia global transitória.
- Isquemia cerebral transitória ou permanente por tromboembolismo.

- Hemorragia cerebral (normalmente relacionada ou não à doença pré existente como hipertensão arterial grave, hemorragia cerebral, aneurisma cerebral roto, malformação arteriovenosa, entre outras).
- Outras: náuseas, vômitos, dissecação arterial, perfuração do vaso, perda
- da visão transitória ou permanente, etc.

Porcentagem de complicações neurológicas relacionadas à angiografia cerebral em estudos com mais de 1.000 pacientes:

- Complicações neurológicas transitórias ou reversíveis: 0,4 a 2,3% com média de 1,3%.
- Complicações neurológicas permanentes: 0,1 a 0,5% com média de 0,3%.

Dentre as complicações não neurológicas pode-se citar:

- Reação alérgica ao contraste (0,1%).
- Hematoma no local da punção (0,4%).

Outros: náuseas, vômitos, reflexo vaso-vagal, descompensação de doença pré-existente, pseudoaneurisma em região da punção, reação pirogênica, infecção, reação alérgica aos produtos anestésicos, etc.

As complicações listadas acima são passíveis de tratamento, mas podem levar a déficits permanentes e até ao óbito.

Os dados abaixo foram baseados nos seguintes trabalhos científicos:

1. Neurologic Complications of Cerebral Angiography: Prospective Analysis of 2,899 Procedures and Review of the Literature. Radiology, May 1, 2003; 227(2): 522 - 528. 2. Grzyska U, Freitag J, Neuroradiology 1990; 32:296-299. 3. Dion JE, Gates PC, Fox AJ, Barnett HJ, Blom RJ.
2. Clinical Zeumer H. Selective cerebral intraarterial DSA: complication rate and control of risk factors. events following neuroangiography: a prospective study. Stroke 1987; 18:997-1004. 4. Heiserman b JE, Dean BL, Hodak JA, et al. Neurologic complicationsofcerebralangiography.
3. AJNR Am J Neuroradiol 1994; 15:1401-1407. 5. Mani RL, Eisenberg RL, McDonald EJ, Jr, Pollock JA, Mani JR. Complicationsofcatheter cerebral arteriography: analysis of 5,000 procedures. I. Criteria and incidence. AJR Am J Roentgenol 1978; 131:861-865.

Assim sendo, concordo com o tratamento/procedimento proposto \_\_\_\_\_, inclusive a transfusão de hemocomponentes e a realização de outros procedimentos invasivos e terapias alternativas se necessário for, e, para tanto, assino o presente documento, por ser esta a expressão livre e consciente de minha vontade. Estou ciente de que poderei revogar o presente termo de consentimento a qualquer momento, bastando para tanto que comunique minha decisão ao (a) meu/minha

médico (a) e assine a Revogação, no momento da declaração da vontade de não realização do procedimento acima proposto.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_,

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura/CRM/carimbo do médico  
responsável pelo Termo de Consentimento

**DADOS DO RESPONSÁVEL (\*)** No caso de pacientes menores de idade ou que estejam incapacitados de responderem autonomamente

Nome completo: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

#### **CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO: EMERGÊNCIA**

Hora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Devido ao estado clínico do paciente, em emergência/risco de morte iminente,

ou de possibilidade de deterioração das funções vitais, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado.

Assim optei, baseado no melhor julgamento clínico, realizei e o registrei no prontuário os procedimentos necessários e adequados pelas melhores práticas médicas, para melhorar sua situação clínica do paciente em questão.

\_\_\_\_\_  
Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável pelo atendimento