

CONSENTIMENTO INFORMADO

ANGIOPLASTIA PERCUTÂNEA

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, _____ Identidade

nº: _____ Data de Nascimento ____/____/____ Órgão expedidor:

_____, declaro para os devidos fins estar ciente dos possíveis efeitos colaterais ao procedimento de Angioplastia Percutânea, realizando-o no Serviço de Hemodinâmica do Hospital Socor. Nessa ocasião e por este mesmo Serviço de Hemodinâmica, me foi dado conhecimento a presente declaração do risco básico inerente ao procedimento, cujos percentuais estão discriminados na tabela abaixo, à qual também tive prévia ciência. Ainda me foi informada a possibilidade de intervenção cirúrgica no curso do procedimento, a ser decidida e realizada se necessário, pelo profissional médico incumbido do procedimento ou por outro especialista (cirurgião cardiovascular) por ele designado.

DIAGNÓSTICO: O procedimento conhecido como angioplastia coronária, tem como finalidade principal desobstruir os vasos sanguíneos (artérias coronárias) que irrigam o coração, restabelecendo o fluxo sanguíneo nesse local. Doença conhecida como aterosclerose, quando leva obstrução com redução do fluxo pode acarretar: isquemia miocárdica (sofrimento da célula do coração), infarto miocárdio (morte da célula).

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO: O procedimento será realizado com anestesia local e sedação (realizado pelo anestesista). O exame consiste na introdução de finos tubos plástico denominados cateteres nas artérias e/ou veias, podendo ser no braço e/ou pernas, dependendo da avaliação do médico. O cateter é avançado ao coração onde será posicionada no vaso sanguíneo a ser tratado. Será usado um “corante” chamado de contraste que aparece na filmagem com raios-x, o que permite a visualização da lesão obstrutiva. O contraste é constituído por substâncias à base de iodo. Durante e no pós procedimento, são ministrados medicamentos que reduzem a formação de coágulos. Quase todas as angioplastias realizadas utilizam stent, que é uma pequena malha metálica tubular, que é introduzida através do cateter e posicionada no local da obstrução, e ali é expandido para sustentar as paredes da artéria. O stent farmacológico, além de apresentar esta função, libera controladamente medicamentos com a função de evitar uma cicatrização exagerada no local, o que poderia levar a recorrência da obstrução. Após o implante do stent, é necessário uso de medicamentos chamados antiplaquetários, e o período de seu uso vai depender de suas condições clínicas e o tipo do stent utilizado.

Apesar de pouco frequentes, podem ocorrer complicações que estão listadas a seguir:

TABELA DE PERCENTUAIS DE RISCO/INTERVENÇÃO CORONARIANA PERCUTÂNEA

Risco	Percentual
Mortalidade	0,4 a 1%
Infarto Agudo do Miocárdio	0,2 a 2,45%
Necessidade de cirurgia	0,4%
Acidente Vascular Cerebral	0,07%
Complicações Vasculares	0,43%
Reações ao Contraste	0,37%
Complicações hemodinâmicas	0,26%
Outras complicações	0,28%

Declaro, adicionalmente, que:

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento e as operações a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.
2. Tendo sido informado acerca dos Tratamentos Alternativos acima, opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.
3. Assim, declaro também estar ciente de que o Procedimento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.
4. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, ainda que invasivo, inclusive terapias alternativas, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.
5. Para realizar o Procedimento, (i) será necessária a aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anesthesiologista; e que estou ciente também que os riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, são objeto do Consentimento Livre e Esclarecido específico, [a ser emitido pelo médico anesthesiologista] ou [emitido pelo médico anesthesiologista e já assinado pelo Paciente ou o seu responsável] e (ii) **PODERÁ SER NECESSÁRIA A INFUSÃO DE SANGUE E SEUS COMPONENTES (TRANSFUSÃO DE SANGUE) NO PACIENTE**. A transfusão de sangue e hemocomponentes é o procedimento pelo qual ocorre a transferência de certa quantidade de sangue ou de alguns de seus componentes (concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas ou crioprecipitado etc), de um indivíduo-doador para o Paciente-receptor. Apesar dos hemocomponentes serem preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), complementadas por normas internacionais de transfusão, existe a

possibilidade de ocorrerem reações adversas à transfusão. As reações poderão ser leves ou graves, imediatas ou tardias, apresentando sintomas como náuseas, febre, sudorese, calafrios, ou ainda dispneia, e serem classificadas como reações alérgicas, reações febris não hemolíticas, hemolíticas agudas, lesão pulmonar aguda associada à transfusão, hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, dentre outras. Mesmo com a observância e realização de todos os exames sorológicos previstos em lei para garantir a segurança transfusional, existe o risco de a transfusão transmitir doenças infecciosas (tais como hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis).

6. Para a realização do Procedimento será necessário realizar o posicionamento cirúrgico específico e em alguns casos a utilização de fixadores que são de extrema importância para que o cirurgião consiga realizar a técnica cirúrgica. Devido à impossibilidade de mobilização do Paciente e a utilização de fixadores, durante o procedimento podem ocorrer lesões/hematomas nas superfícies corpóreas que fiquem sobre pressão. Com objetivo de minimizar os riscos de lesão, a Instituição realiza a proteção de proeminências ósseas, disponibiliza colchonetes com densidade apropriada, dentre outros dispositivos, e, quando possível, a mobilização corpórea.

7. Em decorrência da manipulação cirúrgica de órgãos e tecidos após o procedimento, o Paciente poderá apresentar incômodos dolorosos e, caso necessário, após avaliação clínica e desejo do Paciente, poderão ser administrados fármacos para controle algico.

8. Os registros fotográficos da pele ou lesões, caso ocorram, são autorizados e ficarão limitados aos profissionais de saúde do Hospital Socor.

9. Autorizo que qualquer tecido seja removido cirurgicamente e que seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Certifico que li este termo, o que foi explicado para mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos.**

Belo Horizonte, _____, de _____, de _____.

Assinatura do paciente/responsável(*)

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