



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
ANGIOPLASTIA CORONÁRIA COM OU SEM IMPLANTE DE STENT**

O(a) paciente ou seu(sua) responsável abaixo assinado, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento designado **“ANGIOPLASTIA CORONÁRIA COM OU SEM IMPLANTE DE STENT”**.

- **Definição:** Angioplastia Coronária é um procedimento que tem por finalidade principal tratar obstruções (entupimentos) das artérias coronárias (vasos sanguíneos do coração), com o objetivo de aumentar o fluxo sanguíneo para o coração. O procedimento consiste na introdução de finos tubos plásticos, denominados cateteres, nas artérias e/ou veias dos braços ou pernas, após anestesia local, chegando com eles até o coração. Identificado o local da obstrução, um pequeno balão é guiado até este local e progressivamente insuflado, comprimindo a placa contra a parede do vaso e aliviando a obstrução.

Quase todas as angioplastias realizadas atualmente utilizam também os stents. O stent é um pequeno tubo cuja parede é uma malha metálica, que é liberado no local onde existia antes a obstrução, e ali se expande, para sustentar as paredes da artéria. Alguns stents, chamados de stents farmacológicos, tem no seu revestimento uma medicação para reduzir a formação de cicatrizes muito espessas (grandes) no local do implante, diminuindo assim, a chance dessa obstrução voltar no mesmo local onde já foi feito o tratamento.

A quantidade de sangue perdida durante a angioplastia é geralmente muito pequena, quase nunca levando a necessidade de transfusão sanguínea ou anemia importante.

O procedimento é realizado na sala de hemodinâmica, que possui toda infraestrutura necessária para realização do procedimento com segurança, estando toda a equipe preparada para o tratamento de eventuais complicações.

- **Principais Complicações:** sangramentos e hematomas, lesões das artérias ou veias no local do acesso por onde é passado o cateter; alterações de pressão e do ritmo cardíaco, reações alérgicas ao contraste, problemas renais, e muito raramente, reações adversas graves como acidente vascular cerebral (derrame cerebral), infarto agudo do miocárdio, necessidade de cirurgia de urgência, choque anafilático ou a morte.

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara que serão prescritas medicações (remédios) para reduzir a formação de coágulos (“afinar o sangue”), e que as mesmas deverão ser utilizadas por um período especificado por ele. Essas medicações não poderão ser interrompidas antes do prazo, salvo em casos **muito excepcionais**. A



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
ANGIOPLASTIA CORONÁRIA COM OU SEM IMPLANTE DE STENT**

interrupção desses remédios antes do período especificado pode trazer grandes riscos, como a formação de coágulos na artéria do coração tratada, obstruindo rapidamente a artéria, levando a infarto agudo do miocárdio ou, às vezes, à morte.

2. Recebeu, através do médico, informações de forma clara que se algum médico orientar a suspensão dos medicamentos prescritos após a angioplastia, antes do período especificado, o mesmo deverá ser informado sobre a data de realização da angioplastia coronária, o tipo de stent utilizado (convencional ou farmacológico) e as orientações recebidas sobre o procedimento. Em qualquer caso, consultar primeiramente a equipe responsável pela angioplastia antes de interromper os medicamentos dentro prazo especificado.

3. Recebeu, através do médico, informações de forma clara do estado de saúde, da hipótese diagnóstica e evolução provável da doença, bem como a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento, tendo esclarecido as suas dúvidas.

4. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara de que o tratamento pode não ser definitivo, pois o procedimento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento poderão modificar condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica autorizada que sejam adotadas as providências necessárias, ou seja, tratamentos, cirurgias, procedimentos, exames complementares, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para fazer frente aos problemas surgidos.

5. Está ciente que deverá se inteirar dos fatos com o médico responsável e, havendo agravamento ou intercorrências da patologia, fica autorizado o médico responsável a contatar outros especialistas para o tratamento, conforme a necessidade.

6. Está ciente que, salvo em casos especiais, mulheres grávidas ou com suspeita de gravidez não devem se expor a raios-x. O médico e a equipe responsável pela realização do procedimento deverão ser informados sobre suspeita ou confirmação de gestação, para avaliarem se os possíveis benefícios do procedimento superam os riscos.



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
ANGIOPLASTIA CORONÁRIA COM OU SEM IMPLANTE DE STENT**

7. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

8. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado, sem necessidade de dar nenhuma explicação.

9. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal (grau de parentesco):

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____