



## IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

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](http://www.santacasamarilia.com.br)

### TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

#### CARDIOVERSÃO ELÉTRICA

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

O (a) paciente ou seu (sua) responsável autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento “**CARDIOVERSÃO ELÉTRICA**”.

**Definição:** procedimento indicado para o tratamento de arritmias cardíacas (alteração no ritmo dos batimentos do coração). O procedimento é realizado com o paciente em jejum (quando não for em caráter de urgência ou emergência), sedado (inconsciente) e consiste na aplicação de um choque elétrico no tórax através de 2 pás ou placas adesivas posicionadas sobre o mesmo. A duração do procedimento é de aproximadamente 30 minutos, mas é necessário, posteriormente, um período de monitorização de aproximadamente 3 horas antes da alta.

Para poder ser submetido ao procedimento, o paciente deverá ser avaliado pelo médico com relação à necessidade do uso de medicamentos anticoagulantes (remédios para afinar o sangue) por pelo menos 3 semanas. Alternativamente, antes da cardioversão, o paciente pode realizar ecocardiograma transesofágico para confirmar a ausência de coágulos no interior do coração.

**Possíveis riscos:** reações alérgicas, queimaduras na região do tórax, indução de outras arritmias ou ritmos cardíacos lentos após a reversão, com eventual necessidade de marcapasso. Essas complicações pouco frequentes, geralmente não trazem maiores repercussões clínicas e são controladas rapidamente.

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 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado.

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



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA**

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](http://www.santacasamarilia.com.br)

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”**

**CARDIOVERSÃO ELÉTRICA**

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

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: \_\_\_\_\_



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA**

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](http://www.santacasamarilia.com.br)

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”**

**CARDIOVERSÃO ELÉTRICA**

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

**CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO – SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA**

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

Devido ao quadro clínico do paciente, emergência/risco de morte iminente, ou de possibilidade de deterioração dos parâmetros vitais, não houve possibilidade de fornecer informações necessárias ao paciente ou seu responsável para obtenção deste Consentimento Informado. Frente ao exposto, baseado no melhor julgamento clínico, foi executado e registrado em prontuário os procedimentos necessários e adequados para melhores práticas médicas, visando um desfecho clínico favorável do paciente em questão.

Nome do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Responsável: \_\_\_\_\_