



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)
CATETERISMO CARDÍACO**

O(a) paciente ou seu(sua) responsável abaixo assinado, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento designado **“CATETERISMO CARDÍACO”**.

- **Definição:** Cateterismo cardíaco, também chamado de cineangiocoronariografia com ventriculografia esquerda, é um exame diagnóstico que tem por finalidade principal identificar (diagnosticar) diversos problemas ou doenças cardíacas, inclusive obstruções nos vasos sanguíneos que irrigam o próprio coração (artérias coronárias). Esse exame não tem a finalidade, pelo menos inicialmente, de ser um método de tratamento (desobstrução).

O cateterismo cardíaco consiste na introdução de finos tubos plásticos denominados cateteres nas artérias e/ou veias dos braços e pernas, após anestesia local, chegando com eles até o coração, para serem realizadas as diversas etapas do exame. O exame é realizado na sala de hemodinâmica, que possui toda infra-estrutura necessária para realização do procedimento com segurança, estando toda a equipe preparada para o tratamento de eventuais complicações. O procedimento tem por objetivo a visualização dos vasos sanguíneos do coração, com uso de "corante" chamado contraste que aparece na filmagem com raios-x. O contraste é constituído por substâncias á base de iodo. Realizam-se também medidas de pressões dentro do coração e dos grandes vasos sanguíneos próximos a ele. Às vezes, é necessário também coletar um pouco do sangue que circula pelo coração ou nos vasos sanguíneos próximos a ele para análise. A quantidade de sangue perdida e/ou coletada durante o cateterismo é geralmente muito pequena, quase nunca levando a necessidade de transfusão sanguínea ou anemia importante.

- **Principais Complicações:** Apesar de pouco frequentes, podem ocorrer complicações vasculares como 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



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)
CATETERISMO CARDÍACO**

acidente vascular cerebral (derrame cerebral), infarto agudo do miocárdio, necessidade de cirurgia de urgência, choque anafilático ou a morte.

Salvo em casos especiais, mulheres grávidas ou com suspeita de gravidez não devem se expor a raios-x. A paciente deverá informar ao médico e à equipe responsável pela realização do exame se estiver grávida ou se houver a possibilidade de gravidez.

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 clínico/cirúrgico, pré e pós-operatório, 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.



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)
CATETERISMO CARDÍACO**

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, sem necessidade de dar nenhuma explicação.

6. 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: _____