



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)
ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO E ABLAÇÃO POR CATETER**

O (a) paciente ou seu (sua) responsável abaixo assinado autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento designado “**ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO E ABLAÇÃO POR CATETER**”.

- **Definição:** O estudo eletrofisiológico consiste na avaliação do sistema elétrico do coração e focos de arritmia. Isso é feito através da introdução de cateteres no coração pelas veias da virilha e / ou pescoço. Uma vez diagnosticado o tipo de arritmia, realiza-se o tratamento específico através da ablação, que é a cauterização do foco da arritmia usando calor (radiofrequência). Esse procedimento faz com que ocorra a destruição das pequenas áreas do músculo cardíaco responsáveis pela arritmia. Com isso, é possível controlar e, muitas vezes curar, arritmias da parte superior (supraventriculares) ou inferior (ventriculares) do coração.

- **Principais Complicações:** hematomas, tromboflebites (inflamação das veias), fistula arteriovenosa (comunicação entre a veia e a artéria da perna manipulada), dissecação arterial, trombose venosa profunda (formação de coágulo nas veias das pernas – 0,1%), embolia pulmonar (entupimento dos os vasos sanguíneos dos pulmões por coágulos), tamponamento cardíaco (vazamento de sangue para a bolsa que envolve o coração – 0,7%), derrame cerebral, edema pulmonar, arritmias e parada cardíaca.

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)
ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO E ABLAÇÃO POR CATETER**

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.

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 : _____

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____