



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

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA” TROMBOLÍTICO ENDOVENOSO EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) ISQUÊMICO AGUDO

(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 “**TRATAMENTO COM TROMBOLÍTICO ENDOVENOSO EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) ISQUÊMICO AGUDO**”.

Definição: procedimento que consiste na aplicação de um medicamento endovenoso para dissolver o trombo que impede a passagem do fluxo sanguíneo cerebral do paciente, motivo causador do AVC.

Possíveis riscos: Sangramento intracraniano - até 6%; outros sangramentos internos /externos; hematomas; convulsões; choque anafilático; infecção hospitalar; parada cardiorrespiratória; risco de morte – 1,6%.

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

1. Recebeu a informação, de forma clara, que é necessário informar previamente à equipe médica nas seguintes situações: a) sofreu traumatismo craniano recentemente (2 a 4 semanas) ou episódio hemorrágico (sangramento interno), b) se possui hipertensão arterial grave, c) se é portador de neoplasia (crescimento anormal, incontrolado e progressivo de tecido, mediante proliferação celular; tumor), d) se é gestante, e) se possui úlcera péptica ativa, f) se realizou cirurgia de grande porte nas últimas 3 semanas, ou g) se já fez uso de medicamento trombolítico previamente.

2. Recebeu, através do médico, informações de forma clara que apesar do risco de sangramento cerebral menor que 10%, ou uso de terapia trombolítica está associado a maiores chances de recuperação neurológica de acordo com grandes estudos internacionais (30 a 50%), e a ausência da terapia pode acarretar em índice de complicações de até 80%.

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 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.

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

8. 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

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
TROMBOLÍTICO ENDOVENOSO EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
(AVC) ISQUÊMICO AGUDO**

(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: _____