



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 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

(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 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)**”.

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

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 que apesar do risco de sangramento, aproximadamente 92% dos pacientes apresentam boa resposta relacionada à terapia trombolítica, baseado em melhorias nos dados clínicos e ecocardiográficos dentro das primeiras 36h.

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 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
(TEP)**

(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

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
TROMBOLÍTICO ENDOVENOSO EM PACIENTES COM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
(TEP)**

(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: _____