



HOSPITAL
10 DE JULHO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CATETERISMO CARDIÁCO

Nome completo do paciente: _____ Data Nasc: ____ / ____ / ____

CPF: _____ Atendimento: _____ Data: ____ / ____ / ____

No caso de paciente menor, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento.

(Nome do responsável) _____ CPF: _____

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O CATETERISMO CARDÍACO

O seu médico solicitou que o (a) Sr. (a) fizesse um exame diagnóstico conhecido como Cateterismo Cardíaco, às vezes chamado também de Cineangiocoronariografia com Ventriculografia Esquerda. Esse exame 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/ou pernas, após anestesia local, chegando com eles até o coração para realizarmos as diversas etapas do exame. Este exame é realizado na sala de hemodinâmica, que possui toda infraestrutura necessária para sua realização com segurança, estando toda a equipe preparada para o tratamento de eventuais complicações.

O procedimento tem por finalidade a visualização dos vasos sanguíneos do coração, com o uso de um “corante” chamado contraste que aparece na imagem por meio de raios-x; o contraste é constituído por substâncias à base de iodo.

PREPARO PARA A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Se você já tiver apresentado algum tipo de alergia ao ter realizado previamente um exame que utilizou contraste, entre em contato com a Hemodinâmica do Hospital 10 de Julho para receber as orientações necessárias.

Se estiver em uso de anticoagulantes (Marevan, Coumadin, Marcoumar/ Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Lixiana), ou medicamento usado para o tratamento de diabetes (que contenha Metformina), deverá se informar com a Hemodinâmica do Hospital 10 de Julho, pois há a necessidade de suspensão temporária ou ajustes nessas medicações para a realização do exame.

É necessário jejum de 08 horas para a realização do procedimento.

É recomendável trazer os exames cardiológicos como, por exemplo: teste de esforço, cintilografia miocárdica, cateterismo ou angioplastia, relatórios de cirurgia cardíaca e resultados de exames laboratoriais (exames dos últimos três meses).

PARA EXAME EM PACIENTE HOSPITALIZADO

Todas as informações e exames constarão no prontuário médico ou serão fornecidas pelos profissionais do Hospital 10 de Julho.

H10-I-ADM-019 Rev.5 – Classificação: confidencial

NA SALA DE EXAMES

Uma veia será punctionada no braço do paciente, para a infusão de soro e medicações durante e após o procedimento. Eletrodos (adesivos plásticos) serão colocados no tórax e/ou braço para a monitorização do ritmo cardíaco durante o procedimento.

É também realizada a punção de uma artéria (seja no antebraço ou inguinal), realizada pelo médico intervencionista e instalado um introdutor, por onde o cateter será introduzido até chegar ao coração. Finalizado o procedimento, o médico intervencionista e o médico do paciente decidirão em conjunto a melhor estratégia de tratamento, incluindo a necessidade de se realizar exames diagnósticos adicionais como, por exemplo: avaliação da reserva fracionada de fluxo, ultrassom intracoronário, tomografia de coerência óptica. Estabelecido o diagnóstico e o grau da obstrução arterial, a equipe de Heart Time do Hospital decidirá qual tratamento será realizado.

APÓS A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Os cateteres são removidos e o introdutor é retirado pela equipe da Hemodinâmica. A seguir é realizada a hemostasia por compressão manual, pulseira compressiva e/ou dispositivo de oclusão vascular. Após a compressão, realiza-se um curativo compressivo ou oclusivo local, que será checado periodicamente enquanto o paciente estiver no hospital, para averiguar se há ou não presença de sangramento no local.

O repouso após o cateterismo será realizado na Sala de Recuperação Pós Anestésica no Centro Cirúrgico, onde o paciente terá sua pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória checadas constantemente. O tempo mínimo de repouso absoluto será de 03 a 04 horas, dependendo do local do acesso vascular.

A administração de soro e líquidos por via oral, após o exame, será realizada para facilitar a retirada do contraste do organismo.

Por ocasião da liberação do paciente para sua residência, será obrigatório o acompanhamento de familiar ou responsável.

A necessidade de novos procedimentos, medicações, dieta e atividades diárias serão discutidas antes da alta hospitalar com o médico do paciente e com o cardiologista intervencionista.

RISCOS INERENTES AO PROCEDIMENTO

É natural que, por se tratar de um procedimento invasivo, o cateterismo cardíaco tenha riscos.

O risco de complicações graves (infarto, AVC e sangramento no local de punção), é em geral, muito baixo (menor que 1%). Outras complicações decorrentes do uso do contraste, como alergia e insuficiência renal, também podem ocorrer. Entretanto, todas essas complicações são raras e o procedimento será realizado por uma equipe médica preparada para atender qualquer tipo de complicações.

H10-I-ADM-019 Rev.5 – Classificação: confidencial



DOS PRINCIPAIS RISCOS ENVOLVIDOS:

- **Sangramento no local do acesso (0,19%);**
- **Complicações vasculares (0,5 a 1,6%):** geralmente sem consequências importantes, porém se necessário, solicitaremos uma avaliação vascular que definirá a conduta a ser tomada;
- **Alergia ao contraste (0,45%):** poderá apresentar uma reação simples como uma urticária, entretanto, poderá complicar-se até um Choque Anafilático. Por isso é importante que nos avise (secretaria da Hemodinâmica no ato do pré-agendamento) e ao seu médico, se já apresentou alergia em algum exame que utilizou contraste. Neste caso, iniciaremos algumas medicações previamente ao exame para prevenirmos a alergia;
- **Insuficiência renal crônica agudizada (4 a 11%):** ocorre nos pacientes que já apresentam previamente uma alteração na função renal, principalmente nos diabéticos, que é caracterizada por uma elevação de uréia e principalmente de creatinina (exames de sangue). Por isso é importante trazer um exame de sangue recente (de até três meses) antes de fazer o cateterismo, para que possamos prepará-lo com soros de proteção renal;
- **Edema Agudo de Pulmão e/ou arritmias (0,47%):** podem ocorrer em pacientes que apresentam coração dilatado, problemas valvulares graves ou apresentaram infarto agudo do miocárdio extenso com grave comprometimento da função do coração;
- **Derrame Cerebral (AVC) (0,07 a 0,19%):** sua incidência é muito baixa, porém, se você apresentar placas de gorduras ou trombos (coágulos) nas artérias em que passaremos o cateter, eles poderão se desprender e ir para o cérebro provocando o AVC, que pode, dependendo de sua extensão, deixar ou não sequelas;
- **Infarto Agudo do Miocárdio (0,06%):** nos casos em que as coronárias apresentem obstruções gravíssimas e se “instabilizem” durante o exame;
- **Óbito (0,06 a 0,10%):** raríssimo, porém pode ser desencadeado pelas complicações mais graves descritas acima.



HOSPITAL
10 DE JULHO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CATETERISMO CARDIÁCO

TERMO DE CIÊNCIA

Por este instrumento, eu _____.
(nome legível, completo e por extenso do paciente ou responsável).

Portador do CPF: _____.

DECLARO QUE:

- 1º) Estou ciente e fui devidamente informado (a) pelo (a) médico (a) quanto à importância, aos benefícios, às alternativas e aos riscos de eventuais complicações da realização da angioplastia;
- 2º) Recebi todas as explicações sobre o exame e tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, bem como houve esclarecimentos sobre as consequências de não realizá-lo;
- 3º) Estou ciente de que poderei apresentar reações de menor ou maior intensidade tais como:
 - Dor no local da punção;
 - Dor reflexa em outros locais;
 - Dor e/ou vermelhidão no local da injeção de sedativos;
 - Náuseas após o uso de sedativos;
 - Sonolência após o uso de sedativos;
 - Pequenos sangramentos ou hematomas no local da incisão.
- 4º) Estou ciente de que apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos em sua realização, não existe garantia absoluta nos resultados a serem obtidos;
- 5º) Estou ciente que poderão, entretanto, surgir situações não diagnosticadas pelo presente exame, imprevisíveis ou fortuitas, que necessitem de exames e tratamentos médicos específicos;
- 6º) Após ter lido e compreendido a natureza do procedimento terapêutico a que serei submetido, consinto, ao (à) médico (a), demais membros de sua equipe, à equipe assistencial do Hospital 10 de Julho.
 - Serviço de Hemodinâmica- a realizarem o(s) procedimento(s) e permito também que utilizem os seus próprios julgamentos técnicos para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos na atualidade e disponíveis no local onde se realiza (m) o (s) tratamento (s).

H10-I-ADM-019 Rev.5 – Classificação: confidencial

Av Arístides Joaquim de Oliveira, 115 – N. S. Perpétuo Socorro | 12421-090 | Pindamonhangaba / SP.

Atendimento aos Beneficiários 24h – T. 0800-057-0000 | www.hospital10dejulho.com.br



HOSPITAL
10 DE JULHO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CATETERISMO CARDIÁCO

- 7º) Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o (s) procedimento (s), objeto deste documento, se realize (m).

“Estou ciente que antes da realização do procedimento poderei revogar a qualquer momento, sem que este fato implique em qualquer forma de constrangimento com a equipe multiprofissional, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias dentro da sua categoria profissional.”

Pindamonhangaba, _____ de _____. de _____.

(Assinatura do (a) paciente)

(Assinatura do (a) responsável pelo (a) paciente)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o (s) tratamento(s) / procedimento(s) acima descrito (s), bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e confirmado, até o momento de sua realização.

Pindamonhangaba, _____ de _____. de _____.

(Assinatura do (a) médico (a) e CRM)