

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ DN: ____/____/____
Data ____/____/____ Atendimento: _____ Idade: _____
Prontuário: _____ Leito: _____

ETIQUETA

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) intervencionista(s) e/ou endovascular(es):

_____ Indicado pelo Dr.(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, médicos (a) credenciados (a) no HCl.

1. Procedimentos abrangidos.

Angioplastias em geral, embolizações endovasculares, procedimentos de neurointervenção, e outros procedimentos diagnósticos/terapêuticos endovasculares correlatos, realizados sob fluoroscopia e com possível uso de **contraste iodado**.

2. Esclarecimentos gerais e alternativas.

Fui informado(a) sobre o procedimento, exame e/ou tratamento indicado, as vias de acesso possíveis (radial/braquial e/ou femoral), seus benefícios esperados, riscos e complicações potenciais, e alternativas (tratamento clínico, cirurgia aberta, outro método diagnóstico, postergação ou não realização). Tive oportunidade de fazer perguntas, respondidas de forma satisfatória. Sei que não existe garantia absoluta de resultado.

3. Riscos e complicações vasculares.

Podem ocorrer: dor por espasmo durante a navegação de cateteres, sangramento no sítio de punção, hematomas (inclusive retroperitoneal), dificuldade de circulação no membro (isquemia), oclusão arterial/venosa, trauma vascular, síndrome compartimental, neuropatia periférica, pseudoaneurisma, fístula arteriovenosa.

4. Riscos e complicações cardíacas e neurológicas.

Cardíacas: infarto agudo do miocárdio, arritmias, espasmo/trauma de artérias coronárias, perfuração de câmaras cardíacas.

Neurológicas (quando aplicável, p.ex., neurointervenção): AVC isquêmico ou hemorrágico, convulsões, déficits neurológicos temporários ou permanentes.

5. Uso de contraste iodado – reações, prevenção e manejo

a. Reações imediatas (minutos–horas).

Calor/"flush", náuseas e vômitos, coceira, **urticária**, conjuntival hiperemiada, desconforto na garganta, broncoespasmo, queda de pressão, anafilaxia (rara, mas potencialmente grave). O tratamento pode exigir anti-histamínicos, corticoide, broncodilatadores, adrenalina e outras medidas de suporte.

b. Reações tardias (até 1–7 dias):

Rash cutâneo, prurido, sintomas tipo gripal; geralmente autolimitadas, podendo requerer medicação de suporte.

c. Rim (lesão renal associada ao contraste):

Existe risco aumentado em pessoas com doença renal prévia, diabetes, desidratação, idade avançada e uso de certas medicações. A equipe pode solicitar exames (como creatinina/eGFR), orientar hidratação, ajustar dose do contraste e, quando aplicável, medidas preventivas.

d. Metformina:

Conforme avaliação clínica e função renal, pode ser orientada suspensão temporária com reavaliação após o exame.

e. Tireóide:

O iodo pode interferir em exames e, raramente, precipitar tireotoxicose em quem tem hipertireoidismo; informe histórico ou uso de medicações tireoidianas.

f. Extravasamento de contraste:

Pode causar dor/edema local e, raramente, lesão cutânea; serão adotadas medidas de tratamento local e observação.

g. Alergia prévia a contraste iodado:

Caso eu tenha histórico, comprometo-me a informar. Sei que pode ser indicada premedicação (sob orientação médica) e/ou uso de alternativas, quando viável. Pacientes alérgicos ao contraste e seus componentes deverão realizar preparo conforme orientação médica antes do procedimento.

h. Gravidez e aleitamento: informarei suspeita de gravidez.

Em aleitamento, a equipe esclarecerá condutas; via de regra, o risco é baixo, mas posso optar por descartar leite por curto período, se assim recomendado.

6. Exposição à radiação ionizante (quando aplicável).

Procedimentos endovasculares utilizam fluoroscopia (raios X). A equipe segue princípios de tempo mínimo, distância e blindagem. Informarei se houver possibilidade de gestação

7. Sedação/Anestesia e jejum.

Posso receber sedação e/ou anestesia. Fui orientado(a) sobre jejum, monitorização, oxigenioterapia e riscos como depressão respiratória, hipotensão, náusea/vômitos, reações medicamentosas e necessidade de via aérea avançada. Em situações imprevistas, poderá ser necessária conversão do plano anestésico.

8. Cuidados e condutas adicionais.

Autorizo, quando estritamente necessário e no meu melhor interesse, a realização de procedimentos, exames, tratamentos e/ou cirurgias adicionais não previstos inicialmente, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, se houver indicação.

9. Amostras, órgãos e tecidos.

Concordo que materiais eventualmente coletados/removidos sejam encaminhados para exames complementares (patologia, microbiologia, etc.), quando necessários ao diagnóstico e tratamento.

10. Direitos, revogação do consentimento e comunicação

Fui informado(a) de que posso revogar ou modificar este consentimento a qualquer tempo, sem prejuízo no meu atendimento, exceto quando o procedimento já houver sido iniciado e a interrupção implicar risco adicional. A instituição compromete-se com comunicação clara, respeito aos meus direitos e com transparência em incidentes de segurança, inclusive com apoio ao paciente/família quando necessário.

11. Notificação e manejo de eventos adversos

Fui informado(a) de que a instituição mantém protocolos de segurança, avaliação e priorização de riscos e sistemática para notificação, investigação e tratamento de incidentes e reações adversas, conforme políticas internas e normas aplicáveis.

12. Privacidade e proteção de dados (LGPD)

Autorizo o uso dos meus dados pessoais e de saúde na extensão mínima necessária à assistência, ensino autorizado e pesquisa eticamente aprovada, com sigilo e segurança da informação.

13. Declarações rápidas (assinale/complete se aplicável):

- () **Alergia prévia a contraste iodado/iodo:** _____
- () **Doença renal/diálise/creatinina elevada conhecida**
- () **Uso atual de metformina**
- () **Gestante** () **Possível gestação** () **Em aleitamento**
- () **Hipertireoidismo/uso de medicação tireoidiana**

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

☐ Paciente ☐ Responsável

Nome Legível: _____ Assinatura: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade No: _____

Itajubá/MG, ____/____/____ Hora: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, bem como sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles(s). De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, estão em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

TERMO DE ACOMPANHANTE DO PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Eu, _____, Identidade No. _____ responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima, após o procedimento intervencionista e/ou cirúrgico ambulatorial realizado no Serviço de Hemodinâmica do Hospital Escola de Itajubá, até sua residência.

Itajubá/MG, ____/____/____ Hora: _____ Assinatura: _____

Rua Miguel Viana, nº 420, Morro Chic, Itajubá- MG

Tel/Fax (35) 3629-7629 Email: hemodinamica@hctajuba.org.br