

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	CAP 079
		VERSÃO: 00

Nome do Paciente:		
Nº do Atendimento:	Idade:	Data Internação:

Este termo de consentimento informado é destinado a registrar a discussão e o entendimento prévio quanto ao teste auxiliar no diagnóstico, sendo firmado entre o Médico responsável e o (a) Paciente ou seu Responsável Legal.

O ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO é um exame cardiológico semi-invasivo, no qual o médico responsável necessita passar uma sonda esterilizada no interior do esôfago e do estômago do (a) Paciente para visualização adequada do coração.

Habitualmente utiliza-se sedação endovenosa, podendo ser adotada outra modalidade anestésica, de acordo com quadro concreto e específico do (a) paciente sendo necessária, em qualquer hipótese, a observância das condutas próprias do preparo anestésico, como o jejum do paciente, bem como outras condutas recomendadas pelo médico.

O paciente ou seu Representante Legal entende que a execução do ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO pode causar o aparecimento de sintomas de causas conhecidas e desconhecidas, inclusive, mas não somente: vômitos, náuseas, depressão respiratória, ruptura de esôfago, complicações da punção venosa, dentre outros apesar de todos os cuidados e prevenção utilizados. Tais reações adversas são agravadas quando associadas a outros fatores pessoais do paciente como: doenças subjacentes, cirurgias cardíacas prévias, alergia, acidente vascular cerebral, doenças cardíacas, etc.

Quaisquer patologias do paciente devem ser previamente informadas ao médico responsável, pois, podem contraindicar o exame, em destaque: varizes de esôfago, divertículo esofágico e megaesôfago.

Em caso de reações, fica autorizada a execução das medidas necessárias para o tratamento do paciente.

Questionário de preparação para o exame:

- 1- Já realizou este exame antes? () Sim () Não () Não sei.
- 2- Já realizou endoscopia digestiva alta? () Sim () Não () Não sei.
- 3- Apresenta alguma doença de esôfago (como: divertículo, megaesôfago, varizes)? () Sim () Não () Não sei. Se sim, qual (is)? _____
- 4- Apresenta alergia a alguma medicação? () Sim () Não () Não sei. Se sim, qual (is)? _____
- 5- Faz uso regular de alguma medicação? () Sim () Não () Não sei. Se sim, qual(is)? _____
- 6- Usa prótese dentária? () Sim () Não () Não sei.
- 7- Alguma outra informação que julgue necessário?

Declaro serem verdadeiras as minhas respostas. Também, afirmo que fui bem orientado em relação aos procedimentos a ser realizado, bem como entendi as potenciais complicações inerentes ao procedimento. Nesse sentido, isento a equipe médica caso possíveis intercorrências aconteçam, estando de acordo com o tratamento a ser implementado por esta equipe caso algo venha a ocorrer.

Tendo sido respondidas todas as questões formuladas e depois de compreender todo o teste, bem como a sua real repercussão, intercorrências e possíveis complicações, o Paciente ou seu Responsável Legal assina este termo de consentimento juntamente com duas testemunhas, declarando expressamente, sua autorização para submeter-se ao ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO concordando ainda, com execução dos procedimentos preparatórios próprios, ficando desde já autorizados os médicos e seus auxiliares a conduzir o teste ora consentido.

ESPAÇO RESERVADO PARA SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Teófilo Otoni _____ de _____ de _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG

Testemunha 01:

Nome: _____ CPF: _____

CI: _____

Assinatura da Testemunha 01

Testemunha 02:

Nome: _____ CPF: _____

CI: _____

Assinatura da Testemunha 02

Equipe Médica: _____

Assinatura do médico/CRM e Carimbo