

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA IMPLANTAÇÃO DE BALÃO INTRA-AÓRTICO

PACIENTE: _____

Atendimento número: _____

Data internação: ____ / ____ / ____

MÉDICO responsável pela internação: _____/CRM-MG: _____

Autorizo o Dr. _____ e sua equipe a realizar(em) no paciente Sr. (a) _____, o procedimento de

IMPLANTAÇÃO DE BALÃO INTRA-AÓRTICO.

Definição: O balão intra-aórtico é um dispositivo utilizado para aumentar o fluxo de sangue que chega até as artérias do coração (artérias coronárias), melhorando a sua irrigação e o seu desempenho, já que este órgão, desempenha a função de uma bomba propulsora de sangue. Um cateter, que possui um balão em sua extremidade, é introduzido até a principal artéria do organismo, a artéria aorta (por isso recebe o nome de balão intra-aórtico).

Indicação: O balão intra-aórtico é indicado após um quadro de infarto do miocárdio, quando o paciente desenvolve uma complicação grave, chamada de choque cardiogênico (falência cardíaca, acarretando queda significativa da pressão arterial e da irrigação sanguínea para os tecidos do organismo). Em outras situações de risco para o choque cardiogênico (durante uma angioplastia coronariana ou uma cirurgia cardíaca), o balão intra-aórtico também poderá ser instalado preventivamente. Em pacientes com angina instável grave e que não respondem aos tratamentos convencionais, o balão também é indicado.

Complicações: Oclusão arterial, perfuração arterial, isquemia do membro inferior, gangrena do membro, amputação do membro, choque hemorrágico, infecção local, infecção sistêmica, choque séptico, disfunção de múltiplos órgãos e morte.

Declaro ter recebido do médico: _____, CRM-MG: _____, todas as explicações necessárias e claras quanto à metodologia, riscos, benefícios e alternativas dos procedimentos, exames ou tratamentos listados acima. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Tive acesso ao texto, na íntegra, dos Termos de Consentimento específicos, demonstrados pelo médico abaixo.

Declaro também estar devidamente informado dos riscos presentes aos referidos atos, bem como do surgimento de complicações inerentes ao quadro, especialmente _____

Fui informado de que todos os Termos de Consentimento específicos estão disponíveis, na íntegra, na página do Hospital Mater Dei, http://www.materdei.com.br/canal_medico/consentimento.jsp.

Declaro que entendi adequadamente todas as informações recebidas. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, e que o médico tem responsabilidade de meios e não de fins. Se, durante o procedimento, o médico assistente tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar as referidas condições.

Em face dos esclarecimentos prestados, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, cientificado(a) do procedimento a ser adotado, assim como de suas limitações, informo meu **CONSENTIMENTO** para a realização dos procedimentos destacados acima, por indicação do profissional referido e extensivo à sua equipe.

Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do paciente / responsável(*)

Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável pelo Termo de Consentimento

DADOS DO RESPONSÁVEL (*) *No caso de pacientes menores de idade ou que estejam incapacitados de responderem autonomamente*

Nome completo: _____

Endereço completo: _____

Documentos Identidade: _____ CPF: _____

CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO: EMERGÊNCIA

Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____

Devido ao estado clínico do paciente, em emergência/risco de morte iminente, ou de possibilidade de deterioração das funções vitais, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Assim optei, baseado no melhor julgamento clínico, realizei e o registrei no prontuário os procedimentos necessários e adequados pelas melhores práticas médicas, para melhorar sua situação clínica do paciente em questão.

Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável pelo atendimento: _____