

PRONTO ATENDIMENTO DR. GUIDO GUIDA

R. Barão de Juparanã, 43 - Jardim Medina, Poá - SP, 08556-230

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Trombólise Química

O (A) paciente _____ data nascimento
____/____/____, ou seu responsável
_____, declara, para
todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena
autorização ao (à) médico (a) assistente, o Dr.(a)
_____, inscrito no CRM/SP sob o n.º _____

credenciado pelo Pronto atendimento Dr Guido Guida, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **TROMBOLISE QUÍMICA**, e todos que o incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINIÇÃO: procedimento que visa à aplicação de um medicamento endovenoso capaz de dissolver o trombo que impede à passagem do fluxo sanguíneo com propósito de reestabelecer a circulação local.

COMPLICAÇÕES:

1. Risco de morte de 1,6%.
2. Parada cardiorrespiratória.
3. Sangramento intracraniano de até 6%.
4. Outros sangramentos internos /externos.
5. Hematomas.
6. Convulsões.
7. Choque anafilático.
8. Infecção hospitalar.

CONTRA INDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA USO DO TROMBOLITICO:

1. Qualquer sangramento intracraniano prévio.
2. AVC isquêmico nos últimos 3 meses.
3. Dano ou neoplasia no sistema nervoso central.
4. Trauma significativo na cabeça ou rosto nos últimos 3 meses.
5. Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (exceto menstruação).
6. Qualquer lesão vascular cerebral conhecida (malformação arteriovenosa).
7. Dissecção aguda da aorta.
8. Condições anormais dos elementos sanguíneos (plaquetopenia, trombofilia, hemofilia entre outras discrasias).

Estou ciente de que a lista de complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesse procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados nesse consentimento. Confirmando de que fui informado que após realizar exames de imagem e laboratoriais, não foi encontrado nenhuma contra indicação para que eu receba o trombolítico endovenoso, ou seja, faça uso do medicamento Actilyse®(Alteplase), conforme prevê a linha de cuidados do paciente com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e Infarto Agudo do Miocárdico com supra de ST, instituída respectivamente pela Portaria nº665/2012 e nº2.994/2011 do Ministério da Saúde. Declaro que estou ciente ser necessário informar previamente ao médico caso faça uso de qualquer medicamento, drogas ilícitas, ou de algum anticoagulante/antiagregante plaquetário, ou que possua alergia a determinado medicamento/alimento, ficando ciente que qualquer omissão de informações poderá acarretar em agravo ao meu estado de saúde.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada à oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes, e riscos pela não realização do tratamento proposto. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **TROMBOLISE QUIMICA**, tenha a evolução esperada.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Deve ser preenchido pelo médico assistente	
Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____
Poá - SP _____ de _____ de _____	. Hora: _____ :

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____
RG Nº _____	RG Nº _____
NOME _____	NOME _____
Poá - SP _____ de _____ de _____	. Hora: _____ :

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 24º Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. Art. 31º. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. Art. 34º. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.