

CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

Identificação do doente

EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO DOENTE, PREENCHER:
NOME:
DATA NASC:
NSC:

Nome do procedimento: Ablação por Cateter

Objetivo: É um tratamento invasivo utilizado para corrigir algumas arritmias rápidas ou irregulares, através da destruição dos focos de origem ou do circuito da arritmia.

Modo de realização: O exame deve ser efetuado em jejum e habitualmente após suspensão da terapêutica com fármacos antiarrítmicos e nalguns casos anticoagulantes. É primeiro realizado acesso venoso periférico para administração de fármacos e/ou soros. As vias de acesso habituais são as veias e artérias da virilha direita. Após anestesia local desta região, são introduzidos fios (eletrocateres) até ao coração, guiados por raio X. Por vezes, o exame é realizado sob sedação ligeira. Os sinais elétricos cardíacos são registados e é possível estimular o coração e induzir arritmias. Após o exame diagnóstico, é identificada a localização dos focos anormais, que são destruídos através da aplicação de energia de radiofrequência ou de frio (crioablação). Podem ser necessárias várias aplicações para serem destruídos os focos arrítmicos. Durante as aplicações de energia, poderá sentir desconforto torácico ou uma sensação de queimadura no peito. No fim do procedimento, os fios são retirados. Durante o exame, pode sentir os sintomas habituais da sua arritmia.

Efeitos esperados e eventuais benefícios: Tratamento da arritmia com o objetivo de curar a arritmia ou melhorar os sintomas. A probabilidade de sucesso (cura) depende do tipo de arritmia, mas é habitualmente elevado: superior a 90% no tratamento das taquicardias paroxísticas supraventriculares, flutter auricular típico e síndrome Wolff-Parkinson-White.

Alternativas terapêuticas: A ablação por cateter demonstrou ser mais eficaz e segura que os medicamentos para o tratamento destas arritmias.

Riscos/complicações: O procedimento é geralmente seguro, sendo raras as complicações graves. A complicação mais frequente, que pode ocorrer em >5% é a equimose transitória na virilha. As complicações ocasionais (1-5%) incluem: hematoma significativo na virilha, flebotrombose da perna com possibilidade de embolismo pulmonar, pseudoaneurisma femoral com eventual necessidade de reparação cirúrgica. As complicações raras (<1%) incluem: bloqueio cardíaco, tamponamento cardíaco podendo obrigar a transfusão de sangue e nalguns casos a correção cirúrgica, lesão das válvulas cardíacas com eventual necessidade de cirurgia, acidente vascular cerebral e excecionalmente morte. Podem ocorrer reações adversas, por exemplo, alergias e/ou depressão respiratória, aos medicamentos administrados.

Este procedimento envolve a exposição a radiações ionizantes, nomeadamente raios X, com o objetivo de produzir imagens que permitam a sua realização. Os benefícios do procedimento para a sua saúde superam os riscos da exposição à radiação ionizante, sendo que esta é realizada com

DEPARTAMENTO DE
CORÇÃO E VASOS

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610
<https://www.ulssm.min-saude.pt/>

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

base no princípio ALARA (As Low As Reasonably Achievable), ou seja, sob exposição a doses de radiação tão baixas quanto razoavelmente possível. No entanto, procedimentos com doses elevadas, como os sujeitos a fluoroscopia e exposições múltiplas, podem, em casos muito raros, resultar também em efeitos adversos significativos (determinísticos), tais como lesões na pele (desde vermelhidão e queimaduras até ulcerações graves; perda de cabelo (temporária ou definitiva), redução da fertilidade (temporária ou definitiva); desenvolvimento de cataratas; depressão da medula óssea. A probabilidade da ocorrência de efeitos adversos depende da complexidade do procedimento e da sua sensibilidade à radiação devido a procedimentos anteriores, doenças ou predisposição genética. Contactar o Serviço para seguimento no caso de observar alguns dos efeitos citados anteriormente.

Informe o seu médico caso tenha alguma doença, alergias ou tome medicamentos que provoquem alteração na coagulação do sangue, pois estas situações aumentam o risco de complicações.

Outras informações:

- A existência de outras patologias associadas / comorbilidade, ou características específicas do doente, poderão estar associadas a risco acrescido de complicações.

Local de realização/Contactos:

- Unidade de Eletrofisiologia e Pacing – Laboratório de Eletrofisiologia
- Tel: 217 805 307 / E-mail: labpacing_eef@chln.min-saude.pt

Confirmando que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Data:

Foi entregue cópia deste documento ao doente

representante legal

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

NOTA: Em caso de **GRAVIDEZ**, não deve efetuar o exame.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do exame proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

GRAVIDEZ: Eu, abaixo assinado, apesar de grávida, declaro ter compreendido quais os riscos associados à realização do exame e assumo a responsabilidade pela sua aceitação.

O doente representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O doente representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O doente representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Recortar para o Utente	TER EM ATENÇÃO	Em caso de sintomas contacte:
	<p>Se sentir na pele:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vermelhidão• Calor• Alterações cutâneas com prurido (comichão) <p>Estes sintomas podem aparecer entre 2 a 4 semanas após o exame. <u>ESTEJA ATENTO.</u></p>	<p>Unidade de Eletrofisiologia e Pacing – Laboratório de Pacing</p> <p>Telefone: 217 805 004 (09:00h-16:00h) Segunda a Sexta</p> <p>E-mail: labpacing_eef @chln.min-saude.pt</p>