

## CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO  
DOENTE, PREENCHER:

### Identificação do doente

NOME:

DATA NASC:

NSC:

### Nome do procedimento: Pericardiocentese

**Objetivo:** Aspiração e drenagem de líquido acumulado no pericárdio. O derrame pericárdico, com a acumulação de líquido entre as duas membranas que envolvem o coração, pode colocar em risco o normal enchimento das cavidades cardíacas, levando a insuficiência cardíaca, instabilidade hemodinâmica, tamponamento cardíaco e paragem cardíaca. As manifestações clínicas variam de acordo com rapidez da instalação do derrame e também do seu volume. Além do alívio sintomático, a pericardiocentese permite, também, a recolha de produto para a avaliação diagnóstica (bioquímica, bacteriologia e anatomia patológica).

**Modo de realização:** O procedimento é efetuado sob anestesia local. A via de acesso habitual é a subxifóideia (abaixo do esterno). Após a anestesia local desta região, procede-se à punção percutânea da cavidade pericárdica e à introdução de um fio guia (através da agulha de punção), auxiliado por equipamento radiológico ou por imagem ecocardiográfica. Através desse fio é colocado, de seguida, um cateter de drenagem que é também posicionando com o auxílio das técnicas de imagem referidas. Após a colocação do dreno, é realizada, inicialmente, a drenagem ativa do líquido com uma seringa (aspirando entre 20-50 cm3); posteriormente, o cateter de drenagem é conectado a um saco estéril, procedendo-se, assim, à drenagem passiva do líquido existente. Após o procedimento o doente deverá manter-se em repouso.

**Efeitos esperados e eventuais benefícios:** Trata-se de um procedimento que vai aliviar a pressão que o líquido exerce sobre as cavidades cardíacas, restabelecendo a normal contratilidade do coração. A drenagem pericárdica permite o alívio dos sintomas e dos sinais de insuficiência cardíaca, a melhoria dos parâmetros circulatórios, especialmente dos valores da pressão arterial e o restabelecimento adequado da circulação. O dreno poderá manter-se durante alguns dias até à drenagem completa do líquido pericárdico.

**Alternativas terapêuticas:** Esta é a técnica de eleição para obter os efeitos esperados. Em algumas situações clínicas poderão ser necessárias técnicas mais agressivas, tais com a pericardiotomia e a janela pericárdica (técnicas cirúrgicas).

**Riscos/complicações:** O procedimento é frequentemente realizado de forma emergente em circunstâncias ameaçadoras da vida (tamponamento pericárdico). Contudo, poderá também ser efetuado de forma eletiva ou urgente. Como qualquer procedimento invasivo, a pericardiocentese acarreta alguns riscos, embora pequenos. Eles podem estar relacionados com a medicação utilizada (baixa da pressão arterial, reações alérgicas e depressão do centro respiratório) ou com a técnica, propriamente dita. As complicações mais frequentes são: a) pneumotórax (por punção acidental da pleura); b) pneumo-pericárdio (entrada de ar para a cavidade pericárdica); c) hemorragia por punção acidental de um vaso importante; d) arritmias cardíacas. São complicações mais raras as arritmias

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

Página 1 de 4

malignas que podem levar a paragem cardíaca (fibrilação ventricular), a perfuração acidental do músculo cardíaco (com necessidade de cirurgia emergente) e o enfarte agudo do miocárdio. A infeção do pericárdio ou das estruturas anexas é também uma complicação a realçar, apesar de ser muito rara.

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 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.

**Local de realização/Contactos:**

- Unidade de Internamento, Piso 8
- Tel: 217 805 306

**Confirmo 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  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  o 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  o 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  o representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

---

Recortar para o Utente

### TER EM ATENÇÃO

#### Se sentir na pele:

- **Vermelhidão**
- **Calor**
- **Alterações cutâneas com prurido (comichão)**

Estes sintomas podem aparecer entre 2 a 4 semanas após o exame. ESTEJA ATENTO.

### Em caso de sintomas contacte:

Unidade de Eletrofisiologia e Pacing –  
Laboratório de Pacing

Telefone: 217 805 004  
(09:00h-16:00h)  
Segunda a Sexta

E-mail: labpacing\_eef @chln.min-saude.pt