

## CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

### Identificação do doente

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

**Nome do procedimento:** Angioplastia coronária

**Objetivo:** Implantação de stent para tratar aperto ou abrir uma artéria coronária

**Modo de realização:** É efetuada, sob anestesia local, punção com agulha da artéria radial (no punho), umeral (no braço) e/ou da artéria femoral (na virilha). É utilizado um cateter (tubo fino) para chegar às artérias do coração (artérias coronárias). As mesmas são visualizadas mediante raio-X, com administração de contraste iodado. Após identificação do local onde está o aperto ou oclusão da artéria, passa-se ao tratamento. Faz-se atravessar um fio através do aperto ou da oclusão e, caso seja necessário, dilata-se primeiro com um balão e de seguida coloca-se um ou mais stents (tubo de malha metálica), para manter a artéria aberta. Pode ser necessário voltar a dilatar com balão. O stent fica para toda a vida. Antes ou depois do tratamento pode ser necessário visualizar a artéria e o seu aperto, com uma técnica de imagem ou realizar uma avaliação funcional.

No final do procedimento pode-se fechar o orifício da artéria da virilha, pela qual se fez o tratamento, com um dispositivo.

Se realizar este procedimento sem ser em contexto de urgência ficará internado durante aproximadamente 24 horas. Se for por enfarte do miocárdio a duração do seu internamento dependerá da evolução da sua doença.

**Alternativas terapêuticas:** Se este tratamento foi o escolhido para o seu caso isso implica que outro tipo de tratamento (cirurgia) não foi considerado o mais adequado.

**Riscos/complicações:** O procedimento é globalmente seguro, não sendo, no entanto, isento de riscos.

As complicações **mais frequentes** são: equimose (nódoa negra), hematoma e/ou hemorragia da virilha ou do braço e, mais raramente, pode ser necessária transfusão sanguínea ou cirurgia vascular. Quando o procedimento é efetuado através da artéria radial (no punho), pode ocorrer a oclusão da artéria, mas no entanto o sangue irá continuar a chegar a mão através de outras artérias.

As complicações **menos frequentes** são: enfarte do miocárdio, arritmia, que pode necessitar de cardioversão (choque elétrico).

**Raramente**, pode ocorrer: rotura de artéria coronária, podendo ser necessária operação de urgência ao coração e/ou remoção de sangue em torno do coração através de picada no tórax; fecho da artéria coronária ou perda de stent dentro da artéria, podendo resultar em enfarte e/ou operação de urgência ao coração; lesão da artéria da virilha (dissecção, pseudo-aneurisma, fistula arterio-venosa ou oclusão) e hematoma retroperitoneal, podendo ser necessária transfusão sanguínea e/ou cirurgia vascular; perda de função neurológica definitiva (AVC) ou transitória; lesão da pele causada pelo raio-X e morte.

Durante o procedimento:

DEPARTAMENTO DE  
CORACÃO 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

- o coração pode ter dificuldade em bombear o sangue e ocorrer choque cardiogénico, sendo necessário administrar medicamentos para permitir que o coração contraia melhor, em alguns casos colocação de um cateter com um balão que insufla transitoriamente para permitir que o sangue flua melhor e, numa muito pequena fração de casos, poderá haver necessidade de recorrer a circulação extra-corpórea, situação em que é removido e devolvido sangue do doente através de tubos colocadas nas veias, e uma máquina externa oxigena o sangue e remove os produtos tóxicos (como acontece na respiração).
- pode haver acumulação de líquido no interior do pulmão (edema agudo do pulmão). Nestas circunstâncias pode haver insuficiência respiratória com necessidade de utilização de máscara de oxigénio, com ou sem necessidade transitória de utilização de ventilação não-invasiva (através de uma máscara que ajuda o doente a respirar de forma consciente); mais raramente pode ser necessário recorrer a anestesia geral e a respiração efetuada por um ventilador.

O contraste pode provocar reações alérgicas ou lesão renal, nomeadamente se já apresentar compromisso da função do rim, e que geralmente não são graves e são reversíveis. No entanto, se ocorrer lesão renal grave, pode haver eventual necessidade de hemodiálise.

Podem também ocorrer reações adversas aos medicamentos administrados, por exemplo, alergias e/ou depressão respiratória. Durante o procedimento pode também haver dor no peito ou no local da punção e/ou palpitações.

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.

#### **Outras informações:**

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

#### **Local de realização/Contactos:**

- Unidade de Cardiologia de Intervenção Joaquim Oliveira (UCIJO)
- Tel: 217 805 309 / E-mail: ucijo@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	<b>TER EM ATENÇÃO</b>	<b>Em caso de sintomas contacte:</b>
	<p><b>Se sentir na pele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Vermelhidão</b></li><li>• <b>Calor</b></li><li>• <b>Alterações cutâneas com prurido (comichão)</b></li></ul> <p>Estes sintomas podem aparecer entre 2 a 4 semanas após o exame. <u>ESTEJA ATENTO.</u></p>	<p>Unidade de Cardiologia de Intervenção Joaquim Oliveira (UCIJO)</p> <p>Telefone: 217 805 309 (09:00h-16:00h) Segunda a Sexta</p> <p>E-mail: <a href="mailto:ucijo@chln.min-saude.pt">ucijo@chln.min-saude.pt</a></p>