

## CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

### Identificação do doente

EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO  
DOENTE, PREENCHER:

NOME:

DATA NASC:

NSC:

### Nome do procedimento: Encerramento percutâneo de comunicação interauricular

**Objetivos, efeitos esperados e eventuais benefícios:** A comunicação interauricular (CIA) é uma defeito do septo interauricular permitindo a passagem de sangue da aurícula esquerda para a direita, levando a dilatação e disfunção do ventrículo direito e à ocorrência de arritmias. Raramente, pode causar ainda hipertensão pulmonar. O encerramento da CIA previne o desenvolvimento ou o agravamento destas condições.

**Modo de realização:** A CIA tipo *ostium secundum* pode ser encerrada com um dispositivo metálico que se posiciona através deste canal, no septo interauricular. O dispositivo é implantado de forma percutânea (não cirúrgica), utilizando um sistema de cateteres colocados através da veia femoral, sob anestesia geral. O procedimento é guiado por fluoroscopia, com imagens de raio-X, e por ecocardiograma transesofágico ou intracardiaco. O dispositivo implantado irá permanecer permanentemente no local, ficando totalmente recoberto com tecido normal do coração ao fim de 1 a 3 meses após o procedimento. O encerramento percutâneo da CIA tem uma duração de cerca de 60 minutos, seguido de um curto internamento hospitalar (geralmente 1 dia).

**Alternativas terapêuticas:** A única alternativa é o encerramento cirúrgico.

**Riscos/complicações:** Após o encerramento da CIA podem ocorrer complicações em até 8,6% dos doentes: 1) embolização do dispositivo com necessidade de cirurgia em 0,4 a 2,4%; 2) arritmias auriculares como taquicardia auricular ou fibrilhação auricular em 2,4%; 3) outras complicações como bloqueio auriculoventricular (geralmente transitório), derrame pericárdico, trombose do dispositivo, dissecação da veia ilíaca ou hematoma inguinal em até 2,2% dos casos. A erosão cardíaca pelo dispositivo é rara, ocorrendo em 0,1 a 0,3% dos casos, podendo estar associada a morte súbita. Contudo, esta última é extremamente rara e geralmente está associada a outras condições clínicas do doente ao invés do procedimento. Em caso de complicação grave, poderá ser necessária transfusão sanguínea, respiração através de ventilador, cirurgia cardíaca e/ou vascular e/ou admissão em unidade de cuidados intensivos. Poderá ser ainda necessária cirurgia em caso de insucesso do encerramento através de cateterismo.

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

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

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>