

QUESTIONÁRIO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO HEMODINÂMICO

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO HEMODINÂMICO

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao:

() Paciente e ou () Responsável: _____, quanto aos principais aspectos relacionados a **PROCEDIMENTO HEMODINÂMICO** e ou a realização de Procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de Colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, Profissionais especializados e Empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

Procedimento: os estudos hemodinâmicos, diagnósticos ou terapêuticos, são procedimentos invasivos e utilizam feixes de raios- X para produzir imagens. O uso de contraste é necessário para sua realização. Estes exames e/ou tratamentos, embora sejam realizados com segurança em nossos dias, ainda envolvem complicações e riscos diversos. Este questionário visa identificar possíveis fatores de risco, como alergias e outros, e alertar a equipe para cuidados adicionais que possam ser necessários antes que o cateterismo seja realizado. Leia e responda com atenção. O senhor(a): _____

1 - Tem alergia a algum medicamento?	() SIM	() NÃO
2 - Já fez algum exame com uso de contraste iodado (tomografia, cateterismo, arteriografia, colangiografia, colecistografia)?	() SIM	() NÃO
3 - Teve alguma reação alérgica ao contraste?	() SIM	() NÃO
4 - Tem asma, bronquite ou rinite alérgica?	() SIM	() NÃO
5 - Tem alergia a camarão, peixe ou frutos do mar?	() SIM	() NÃO
6 - Tem doença renal?	() SIM	() NÃO
7- Tem hipertensão arterial?	() SIM	() NÃO
8 - Tem diabetes?	() SIM	() NÃO
9 - Usa metformim, glucofage, glucoformim ou glifage?	() SIM	() NÃO
10 - Faz uso de anticoagulante (marevam, marcoumar ou similar)?	() SIM	() NÃO
11 - Faz uso de alguma medicação para disfunção erétil (viagra, levitra ou outro) ?	() SIM	() NÃO
12 - Está grávida ou com suspeita de gravidez?	() SIM	() NÃO
13 - É portador de mieloma múltiplo, miastenia grave, anemia falciforme, ou alguma doença do fígado?	() SIM	() NÃO

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, declaro, para fins de direito, sob as penas da lei, e em atendimento ao solicitado pelo Complexo Hospitalar São Francisco que as informações constantes e inseridas por mim neste documento, são verdadeiras e autênticas (ou são fieis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época). Fico ciente que através desse documento que a falsidade dessa declaração configura crime previsto no Código Penal Brasileiro, e passível de apuração na forma da Lei, além de acarretar em grandes prejuízos para o tratamento clínico.

Declaro que recebi do (a) Dr. (a) _____, CRM: _____ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos e complicações do tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que o **PROCEDIMENTO HEMODINÂMICO** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

QUESTIONÁRIO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO HEMODINÂMICO

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de **PROCEDIMENTO HEMODINÂMICO** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Nome completo: _____ CRM: _____

Assinatura

INFORMAÇÕES PRÉ CIRÚRGICAS

TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1 – Todos os documentos pessoais.
- 2 – Exames realizados.
- 3 – Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada.
- 4 – Risco Cirúrgico.
- 5 – Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 6 – Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 7 – Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros.
- 8 – Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

O PROCEDIMENTO

- 1 – Manter jejum de no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- 2 – Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
 - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume de preferência sem água ou com muito pouca água.
 - Se diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes (Insulina) no dia da cirurgia.
 - Suspender o uso de metformina, glibenclamida, glifage, glimepirida, glucoformim por no mínimo 48 horas antes do procedimento. Em caso de uso de anticoagulantes como marevam, marcoumar ou similares, deverá ser suspenso no mínimo por 7 dias.
- 3 – Em caso de febre ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- 4 – A remoção dos pêlos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- 5 – Horário da cirurgia: O horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.