

TERMO DE CIÊNCIA/CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ESTUDO HEMODINÂMICO E / OU ANGIOPLASTIA

PACIENTE:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Identidade No.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Obs: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Identidade No.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Estou ciente que serei submetido a um procedimento solicitado por meu Médico Assistente.

Declaro que recebi informações suficientes sobre a doença que possuo, bem como sobre o procedimento ao qual deverei ser submetido, seus riscos, problemas potenciais, chances de sucesso e insucesso.

Recebi informações suficientes sobre as alternativas de tratamento e as conseqüências de abdicar do mesmo.

Entendo que, do meu procedimento, irão participar médicos e outros profissionais da área de saúde.

Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia, inclusive transfusão de sangue ou derivados.

Entendo que poderei ser submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiológico.

Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo a confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente aos comitês de ética em pesquisa.

Tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre meu tratamento e o procedimento que serei submetido, me sendo prontamente respondido e esclarecidas todas as minhas dúvidas com linguagem de fácil compreensão. Compreendo que a natureza da prestação dos serviços médicos é de meio, estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado.

Também entendi que, a qualquer momento e sem prestar qualquer explicação, poderei revogar este consentimento, antes da realização do procedimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)

( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico, CRM No.

REVOGAÇÃO: RJ, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)