

TERMO DE CIÊNCIA/CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TERAPIA TROMBOLÍTICA EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO - AVE

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 de que vou realizar terapia trombolítica em _____ como método de tratamento para o quadro de AVE isquêmico agudo.

Reconheço que me foram explicados os benefícios bem como os riscos associados a tal medida terapêutica.

Fui orientado de forma satisfatória, pelo Dr. _____, CRM no. _____ que os principais riscos associados a tal terapia incluem: sangramento extra cerebral bem como intracerebral, os quais podem requerer transfusão sanguínea ou terapia cirúrgica de emergência.

Também me foi explicado que apesar do risco de sangramento cerebral menor que 10%, o uso de trombólise está associado a maiores chances de recuperação neurológica de acordo com grandes estudos internacionais, sendo aprovado pela Academia Brasileira de Neurologia.

Tive oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

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.

Testemunha

Testemunha

REVOGAÇÃO: RJ, ____ / ____ / ____ Hora: _____
(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)