	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO Ecocardiograma Transesofágico	Código	FQ-ULA-40570
		Versão	00
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	1 / 3

O (A) paciente _____ data de nascimento ___/___/___, ou seu responsável _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização

ao(à) médico(a) assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/SC sob o n.º _____

Credenciado pelo Hospital Unimed, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 39º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e apresentando informações detalhadas sugeriu o exame proposto para ser autorizado.


DEFINIÇÃO: é o ultrassom do coração realizado através de sonda introduzida no esôfago. O exame é realizado com a utilização de sedação para maior conforto do paciente e está indicado para melhor detalhamento anatômico e funcional das válvulas e próteses cardíacas, diagnóstico de doenças da aorta, das infecções do coração e de fontes de embolia pulmonar e sistêmica. Após a realização do exame o paciente permanece em observação por motivo de sedação.

A introdução da sonda pela boca e sua passagem pela garganta acarreta um pouco de incomodo, motivo pelo qual se utiliza a aplicação tópica de anestésico local para diminuir este incomodo.

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.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES:

1. Sangramentos na nasofaringe, orofaringe ou esôfago.
2. Irritação da garganta.
3. Perfurações (esôfago).
4. Dor e vômitos.
5. Dificuldade respiratória.
6. Aspiração do conteúdo gástrico para os pulmões.

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO Ecocardiograma Transesofágico	Código	FQ-ULA-40570
		Versão	00
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	2 / 3

7. Ulcerações na nasofaringe, orofaringe ou esôfago.
8. Outras complicações mais raras como arritmias, sinusites etc.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim qual é o propósito do procedimento ao qual serei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes, e riscos pela não realização do tratamento proposto. Declaro ter recebido as orientações pertinentes ao preparo do exame, entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que o ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO, tenha o resultado pretendido.


Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do (a) meu médico (a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso à minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existente.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo médico (a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas

Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO Ecocardiograma Transesofágico	Código	FQ-ULA-40570
		Versão	00
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	3 / 3

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

Balneário (SC), _____ de _____ de _____. Hora: ____:____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente

RG Nº

RG Nº

NOME

NOME

Balneário Camboriú (SC), _____ de _____ de _____. Hora: ____:____

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 – Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 24º Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. Art. 31º. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. Art. 34º. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.