

## CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

### Identificação do doente

EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO  
DOENTE, PREENCHER:

NOME:

DATA NASC:

NSC:

### Nome do procedimento: Cateterismo cardíaco direito

**Objetivo:** Avaliar pressões, resistências do coração esquerdo e direito, débito cardíaco e shunt intracardíaco

**Modo de realização:** É efetuada punção com agulha da veia jugular interna (pescoço), veia femoral (virilha) ou veia cefálica (braço), sob anestesia local. É utilizado um cateter (tubo fino) para chegar ao interior dos vasos do pulmão, onde serão feitas medições e remoção de sangue, assim como no lado direito do coração e veias e, em casos específicos, através de orifícios ou canais de comunicação entre cavidades ou vasos. Se se optar por determinar o débito cardíaco por termodiluição, será administrado soro fisiológico arrefecido nas cavidades direitas do coração.

Pode ser necessário visualizar esse cateter com raio-X. Pode ser necessário puncionar com agulha a artéria radial do braço ou artéria femoral da virilha para remoção de sangue que vem do lado esquerdo do coração, ou para a introdução de cateteres até ao ventrículo esquerdo. Em casos específicos, pode ser necessário avaliar a reatividade dos vasos pulmonares, sendo necessário administrar fármaco vasodilatador, como por exemplo óxido nítrico inalado.

**Efeitos esperados e eventuais benefícios:** Confirmar/caracterizar várias doenças que afetam o coração ou o pulmão (exs. insuficiência cardíaca, hipertensão pulmonar, anomalias congénitas, shunts intra-cardíacos, doença do pericárdio), podendo permitir orientar a terapêutica de forma mais dirigida.

**Alternativas terapêuticas:** Não aplicável.

**Riscos/complicações:** O procedimento é globalmente seguro, não sendo, no entanto, isento de riscos. A **lesão vascular pulmonar** leva a hemorragia no interior do pulmão, resultando em tosse com expectoração sanguinolenta, sendo geralmente auto-limitada. Em casos raros poderá obrigar a anestesia geral, respiração através de um ventilador e cirurgia ao pulmão. Se se usar a veia jugular interna para a realização do exame, pode haver picada da porção superior do pulmão com passagem de ar para o tórax, **pneumotórax**. Neste caso, o ar será removido por um tubo colocado na parede torácica. Durante a utilização de fármaco vasodilatador pode ocorrer acumulação de líquido no interior do pulmão, **edema agudo do pulmão**. Nestas situações pode haver insuficiência respiratória com necessidade de utilização de máscara de oxigénio, com ou sem necessidade transitória de utilização de ventilação não invasiva, através de uma máscara que ajuda o doente a respirar de forma consciente. Neste caso, mais raramente, também pode ser necessário recorrer a anestesia geral e respiração através de um ventilador.

Raramente este procedimento pode resultar em morte (0.06%).

Poderá sentir transitoriamente dor (no pescoço, braço ou virilha) ou palpitações durante o exame.

DEPARTAMENTO DE  
CORÇÃO 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

Página 1 de 4

Podem ocorrer reações adversas, por exemplo, alergias, depressão respiratória aos medicamentos administrados e da redução da frequência cardíaca ao soro arrefecido. Pode resultar hematoma e/ou hemorragia da virilha, do pescoço, ou do braço, podendo mais raramente ser necessária transfusão sanguínea e/ou cirurgia vascular.

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 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.

**Outras informações:**

- A existência de outras patologias associadas/comorbilidade, 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

**Confirmo 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>