

CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO
DOENTE, PREENCHER:

NOME:

DATA NASC:

NSC:

Identificação do doente

Nome do procedimento: ECMO – Oxigenação por membrana extracorpóral

Objetivo: O ECMO é uma técnica médica de suporte vital que permite oxigenar o sangue fora do corpo, através de uma membrana, baseando-se na eliminação de dióxido de carbono e oxigenação do sangue de forma independente do pulmão nativo, substituindo total ou parcialmente a função pulmonar e/ou cardíaca. É utilizado em casos de insuficiência respiratória grave (ECMO veno-venoso) ou de insuficiência cardíaca grave (ECMO veno-arterial).

Modo de realização: Não existe um dispositivo desenhado especificamente para ECMO. Existem diversos dispositivos básicos do circuito que são: 1) Cânulas: selecionam-se consoante o tipo de ECMO (veno-venoso ou veno-arterial); 2) Circuito: utilizam-se tubos de PVC consistindo em um ramo venoso e um ramo arterial; 3) Oxigenador; 4) Bomba de sangue; 5) Misturador de gases e 6) Aquecedor.

Independentemente do tipo de ECMO utilizado, o procedimento da canulação requer a realização de um ato cirúrgico na Unidade de Cuidados Intensivos com a colaboração da equipa de Cirurgia Cardiotorácica.

Efeitos esperados e eventuais benefícios: O ECMO suporta o coração e/ou pulmão até resolução do quadro clínico de base ou como ponte para transplante.

Alternativas terapêuticas: Não se aplica

Riscos/complicações: Complicações mecânicas: descânulação acidental, embolia gasosa, formação de coágulos no circuito; Complicações médicas: hemorragia cerebral, gastrintestinal ou do local de inserção das cânulas, acidentes vasculares cerebrais, convulsões, infecção, hemólise e hipertensão arterial.

Outras informações:

- Espera-se que o doente venha a precisar de várias transfusões.
- 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 Tratamento Intensivo Coronário Arsénio Cordeiro (UTIC-AC)
- Tel: 217 805 287

DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO 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 3

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 comprehendi 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.

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.

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:

DEPARTAMENTO DE
CORAÇÃO 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 3 de 3