

**CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO****Identificação do doente**EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO  
DOENTE, PREENCHER:

NOME:

DATA NASC:

NSC:

**Nome do procedimento: Implantação de Cardioversor-Desfibrilhador**

**Objectivo:** Colocação de dispositivo incluindo gerador e eléctrodo(s) intracardiaco(s) para prevenção de morte súbita (paragem cardíaca por arritmia), tratamento de taquiarritmias ventriculares ou insuficiência cardíaca.

**Modo de realização:** Cardioversor-Desfibrilhador (CDI) é o conjunto de gerador (caixa metálica onde está incluída a bateria e circuitos eléctricos) e eletrocateteres (cabos) que conduzem os impulsos eléctricos ao coração. Existem três tipos de CDI: de câmara única (1 eletrocateter) para estimulação do ventrículo (câmara inferior do coração), de dupla câmara (2 eletrocateteres) para estimulação da aurícula (câmara superior do coração) e do ventrículo; biventriculares com colocação de 3 eletrocateteres, para estimulação da aurícula, ventrículo direito e ventrículo esquerdo (esta câmara é estimulada através da canulação do seio coronário – estrutura venosa que drena o sangue das artérias que irrigam o coração). A aplicação do choque eléctrico é feita através do eléctrodo colocado no ventrículo direito, para a caixa do dispositivo. O procedimento inclui a obtenção de acesso venoso periférico para administração intravenosa profilática de antibióticos e para sedação com medicamentos por via endovenosa. Durante o procedimento é realizada monitorização eletrocardiográfica, da pressão arterial e da oximetria digital (avaliação do nível de saturação em oxigénio). O procedimento é efetuado sob anestesia local, habitualmente na zona infraclavicular esquerda ou direita. É efetuada pequena incisão, os eléctrodos são introduzidos através das veias para o coração, guiados através da observação da imagem de raio X. Poderá ser necessária a administração de contraste para visualização das estruturas venosas. Após colocação no local apropriado do coração, os eletrocateteres são testados para verificar o seu normal funcionamento. Por vezes este teste inclui a indução de fibrilhação ventricular (disritmia ventricular rápida) de modo a verificar a eficácia do sistema na sua terminação através da aplicação de choque eléctrico, sob sedação. Os eléctrodos são conectados ao gerador e este é colocado no local subcutânea, sendo a incisão cutânea encerrada com linha de sutura. Após o procedimento deve ser efetuado período de repouso, variável com as condições clínicas e o tipo de dispositivo implantado.

**Efeitos esperados e eventuais benefícios:** Prevenção da morte súbita cardíaca, tratamento de taquiarritmias ventriculares ou da insuficiência cardíaca, com melhoria da sintomatologia e do prognóstico (redução da mortalidade total).

**Alternativas terapêuticas:** Os fármacos antiarrítmicos não são eficazes ou seguros na prevenção da morte súbita cardíaca.

**Riscos/complicações:** O procedimento é geralmente seguro, sendo raras as complicações graves. Risco ou complicações ocasionais (1-5%) incluem: deslocamento do eletrocateter (o qual necessitará

de ser reposicionado); hemorragia/hematoma no local da implantação, sobretudo se estiver a tomar anticoagulantes (apixabano, dabigatrano, edoxabano, rivaroxabano varfarina) ou antiagregantes plaquetários (aspirina, clopidogrel, ticagrelor); falha da bateria ou dos eletrocateres; infeção da local do dispositivo (habitualmente com necessidade de antibióticos e/ou remoção do dispositivo).

Risco ou complicações raras (menor de 1%) incluem: pneumotórax (entrada de ar para o espaço pleural por punção do pulmão, habitualmente com necessidade de drenagem por um tubo colocado no tórax para re-expandir o pulmão); Desenvolvimento de coágulo (trombo) na veia subclávia (com necessidade de terapêutica anticoagulante); perfuração accidental do coração com acumulação de sangue na cavidade do pericárdio (membrana que envolve o coração), com necessidade de drenagem percutânea ou excecionalmente cirúrgica; Outras complicações muito raras incluem: desenvolvimento de coágulo no pulmão (embolia pulmonar), acidente vascular cerebral, morte. Podem ocorrer reações adversas, por exemplo, alergias e/ou depressão respiratória, aos medicamentos administrados.

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.

**Informe o seu médico** caso tenha alguma doença, alergias ou tome medicamentos que provoquem alteração na coagulação do sangue, pois estas situações aumentam o risco de complicações.

**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 Eletrofisiologia e Pacing – Laboratório de Pacing
- Tel: 217 805 004 / E-mail: labpacing\_eef@chln.min-saude.pt

**Confirmo que expliquei pessoal e directamente 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

☐ 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 Eletrofisiologia e Pacing –<br/>Laboratório de Pacing</p> <p>Telefone: 217 805 004<br/>(09:00h-16:00h)<br/>Segunda a Sexta</p> <p>E-mail: labpacing_eef @chln.min-saude.pt</p> |