

## CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

### Identificação do doente

EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO  
DOENTE, PREENCHER:

NOME:

DATA NASC:

NSC:

### Nome do procedimento: Cardioversão Externa

**Objetivo:** Aplicação de choque elétrico externo no tórax para terminar uma arritmia cardíaca e reverter o doente a ritmo sinusal (normal).

**Modo de realização:** Previamente ao procedimento deve ser tomada medicação anticoagulante por 4 semanas, para minimizar o risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Esta terapêutica é habitualmente mantida após o procedimento. Após jejum de 4-6 horas é colocado acesso venoso periférico numa veia do braço para administração de soro e fármacos sedativos e monitorizado o eletrocardiograma, a pressão arterial e a oximetria digital (nível de oxigénio do sangue). É administrado agente sedativo de curta duração, de modo a induzir sedação. De seguida é aplicado choque elétrico com um desfibrilhador através de eléctrodos ou pás colocadas no tórax do doente, de modo a restaurar o ritmo cardíaco normal.

**Efeitos esperados e eventuais benefícios:** Terminação de arritmia cardíaca

**Alternativas terapêuticas:** A Cardioversão Externa é mais eficaz que a terapêutica antiarrítmica farmacológica na terminação de arritmias, nomeadamente da fibrilhação auricular.

**Riscos/complicações:** O procedimento é geralmente seguro, sendo raras as complicações graves. Risco ou complicações ocasionais (entre 1-5%) incluem: vermelhidão ou irritação cutânea no local dos adesivos ou de aplicação das pás do desfibrilhador, recorrência da arritmia (nomeadamente no caso de fibrilhação auricular); não terminação da arritmia. Risco ou complicações raras (menor de 1%) incluem: necessidade de implantação de *pacemaker* após a cardioversão por bradicardia (pulsação lenta), trombo-embolismo pulmonar, acidente vascular cerebral (deslocamento de trombo para os vasos craneanos), morte. Podem ocorrer reações adversas, por exemplo, alergias e/ou depressão respiratória, aos medicamentos administrados.

### 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

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

**Confirmando 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:

Nº Mecanográfico:

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.

**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:

---

IMP 010.03/17

De acordo com: Norma da DGS Nº 015/2013 de 03/10/2013, atualizada a 04/11/2015; Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados) – Jornal Oficial da União Europeia (Edição em Língua Portuguesa), L119, 59º ano, 4 de Maio de 2016.

### 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:

---