

CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

Identificação do doente

EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO
DOENTE, PREENCHER:

NOME:

DATA NASC:

NSC:

Nome do procedimento: Ecocardiograma Transesofágico

Objetivo: Este exame tem como objetivo a visualização mais completa e com melhor qualidade do coração e dos fluxos do sangue em relação ao ecocardiograma transtorácico, permitindo o diagnóstico mais rigoroso das doenças cardiovasculares.

Modo de realização: Este exame utiliza ultrassons (que são inócuos, não tendo radiação). Consiste na introdução de uma sonda no esôfago através da boca e após anestesia local. Habitualmente é punctionada uma veia para administração de sedação (quando necessário) ou de contraste (soro agitado) para o diagnóstico de algumas situações.

Efeitos esperados e eventuais benefícios: A capacidade diagnóstica deste exame permite avaliar com elevada precisão a presença e gravidade de doenças cardiovasculares, em situações em que o ecocardiograma transtorácico convencional é insuficiente.

Alternativas terapêuticas: Não aplicável.

Riscos/complicações: Os riscos são muito raros visto que são cumpridas as normas de avaliação prévia do doente. Pode ocorrer muito raramente lesão do esôfago ou reação (náusea ou dificuldade ao respirar) ao medicamento de sedação.

Outras informações:

- Para além da preparação (jejum de 6 horas antes do exame), deve permanecer em jejum nas 2 horas seguintes e, devido à sedação, não deve nas horas seguintes conduzir veículos nem trabalhar com máquinas que possam causar dano a si ou a terceiros.
- 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 Técnicas não Invasivas de Cardiologia
Polo HSM: Tel - 217 805 351 / E-mail: unidadedetecnicasdecardiologia@chln.min-saude.pt
Polo HPV: Tel – 217 548 469
- Unidade de Internamento Geral: Tef – 217 805 306
- Unidade de Tratamento Intensivo Coronário Arsénio Cordeiro (UTIC-AC): Tef – 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

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:

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:

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