

CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

Identificação do doente

EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO DOENTE, PREENCHER: NOME: DATA NASC: NSC:
--

Nome do procedimento: Ecocardiograma de Contraste

Objetivo: Este exame tem como objetivo a visualização mais completa e com melhor qualidade de algumas estruturas do coração e dos fluxos do sangue em relação ao ecocardiograma transtorácico convencional.

Modo de realização: Este exame utiliza ultrassons (que não são inócuos, não tendo radiação), consistindo num ecocardiograma transtorácico. É puncionada uma veia para administração de um fármaco, um agente de contraste constituído por microbolhas de um gás inerte, enquanto se obtêm as imagens do coração e vasos.

Efeitos esperados e eventuais benefícios: A capacidade diagnóstica deste exame permite confirmar ou excluir com elevada precisão a presença de massas no coração e de algumas cardiopatias congénitas e possibilita a avaliação cardíaca com qualidade quando há dúvidas no estudo convencional de algumas patologias cardíacas.

Alternativas terapêuticas: Não aplicável.

Riscos/complicações: Os riscos são muito raros, estando descritos muito raramente e de forma transitória a ocorrência de náuseas e dores de cabeça após administração. No caso de existir doença cardíaca ou respiratória grave, recomenda-se que o doente permaneça no ambiente do laboratório nos 30 minutos seguintes.

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 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

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 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.

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.

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:
