

## CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

### Identificação do doente

EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO  
DOENTE, PREENCHER:

NOME:

DATA NASC:

NSC:

**Nome do procedimento:** Prova farmacológica com Ajmalina

**Objetivo:** Administração de Ajmalina endovenosa perante suspeita da Síndrome de Brugada para confirmação ou exclusão do diagnóstico.

**Modo de realização:** Inicialmente o doente é monitorização através da colocação de elétrodos e de pás externas adesivas. É colocado um acesso venoso periférico numa veia do braço para administração de Ajmalina. A Ajmalina é administrada numa dose de 1mg/kg (max 100mg) em perfusão lenta contínua durante 10minutos.

**Efeitos esperados e eventuais benefícios:** Estabelecer ou excluir o diagnóstico de Síndrome de Brugada

**Alternativas terapêuticas:** A administração de Ajmalina é o fármaco mais seguro na prova provocatória da Síndrome de Brugada.

**Riscos/complicações:** O procedimento é geralmente seguro, sendo raras as complicações graves. Risco ou complicações ocasionais incluem (1-5%) náuseas, flushing, gosto metálico, alterações visuais como dupla visão ou vontade de urinar. Estas reações são transitórias e terminam após administração do fármaco. Complicações raras (<1%) incluem precipitação de arritmias ventriculares que excepcionalmente poderão necessitar de cardioversão elétrica, perturbação da condução transitória ou depressão respiratória.

### Local de realização/Contactos:

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

IMP 010.03/17

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 dos 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:

---

IMP 010.03/17

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