

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

NOME:

DATA NASC:

NSC:

Nome do procedimento: Outras Intervenções Valvulares – Tratamento percutâneo de Insuficiência Tricúspide, Estenose Mitral, Estenose Pulmonar e disfunção de Prótese Biológica Mitral ou Aórtica ou de Anel Mitral ou Tricúspide. (Sublinhar o que é aplicável).

Objetivo: Tratamento de Insuficiência Tricúspide, de Estenose valvular Mitral, de Estenose Pulmonar, e de disfunção de prótese biológica ou anel em posição mitral, aórtica ou tricúspide, em doentes de risco proibitivo, elevado ou intermédio para cirurgia clássica (com esternotomia).

Modo de realização: Nestas intervenções a válvula doente não é retirada e uma prótese ou dispositivo é implantado por cima da antiga, sendo introduzida através de um cateter. Este pode ser colocado de por diversos acessos vasculares arteriais ou venosos: transfemoral (artéria ou veia da perna), transapical (através de um pequeno corte entre as costelas e pela ponta do coração), transaórtica (através de um pequeno corte no esterno e através da artéria aorta) ou ainda através de outras veias ou artérias como a subclávia, a carótida, a axilar ou a veia jugular.

O procedimento é efetuado sob anestesia geral ou sob sedação profunda com anestesia local. Envolve a punção e colocação de introdutores valvulados nas artérias ou veias atrás referidas. Todos os acessos são encerrados no final da intervenção. Quando for considerado necessário será efetuado ecocardiograma transesofágico intra-procedimento.

Efeitos esperados e eventuais benefícios: espera-se, com o procedimento, o tratamento da disfunção valvular ou protésica atrás referida. Pretende-se reduzir a disfunção e os sintomas a ela associados (dispneia, edemas, baixo débito, cansaço intenso, dor no peito, tonturas, desmaios), a degradação progressiva da função cardíaca e mesmo a mortalidade precoce.

Os eventuais benefícios consistem na redução dos sintomas e no eventual prolongamento da esperança de vida.

Alternativas terapêuticas: Tratamento médico e cirurgia com implantação de prótese ou anel

Riscos/complicações: Como em qualquer intervenção percutânea, estas intervenções podem estar associada a efeitos adversos graves incluindo enfarte do miocárdio, AVC (acidente vascular cerebral) e morte.

Algumas complicações podem ocorrer durante ou após o procedimento:

- Complicações relacionadas com o local de acesso (hemorragia, hematoma, dor, oclusão, rotura);
- Tamponamento por perfuração da parede do coração ou da aorta, podendo necessitar cirurgia;
- Perturbação da condução elétrica do coração com necessidade de *pacemaker*;
- Necessidade de transfusão de sangue (por perdas associadas ao procedimento ou complicações).

DEPARTAMENTO DE
CORÇÃO E VASOSAv. 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 4

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.

Outras informações:

- Qualquer uma das situações para os procedimentos acima indicados evolui, em regra, com agravamento progressivo, com aparecimento de sintomas, relacionados quer com a redução da quantidade de sangue necessária para as funções do organismo (baixo débito, cansaço intenso, dor no peito, tonturas, desmaios, edemas), quer com a degradação progressiva da função cardíaca e mesmo risco de morte.
- 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 Cardiologia de Intervenção Joaquim Oliveira (UCIJO)
- Tel: 217 805 309 / E-mail: ucijo@chln.min-saude.pt

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 ao ☐ 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	TER EM ATENÇÃO	Em caso de sintomas contacte:
	<p>Se sentir na pele:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vermelhidão• Calor• Alterações cutâneas com prurido (comichão) <p>Estes sintomas podem aparecer entre 2 a 4 semanas após o exame. <u>ESTEJA ATENTO.</u></p>	<p>Unidade de Cardiologia de Intervenção Joaquim Oliveira (UCIJO)</p> <p>Telefone: 217 805 309 (09:00h-16:00h) Segunda a Sexta</p> <p>E-mail: ucijo@chln.min-saude.pt</p>