

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Data de Nascimento: _____

Nº. Do Atendimento: _____

Data do Atendimento: ____/____/____ Exame: _____

2 - DO RESPONSÁVEL LEGAL

(Nos casos em que a pessoa que for realizar o exame for menor de idade, ou seja, incapaz)

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Vínculo: Pai () Mãe () Cônjuge () Filho(a) () Outro () _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Residencial: _____ Celular: _____

Exame ecocardiograma de estresse farmacológico com dobutamina foi indicado por seu Médico Assistente para complementação de sua avaliação médica.

Este Termo de Consentimento Informado é destinado a registrar a discussão e o entendimento prévio quanto ao referido teste auxiliar ao diagnóstico, sendo firmado entre o Médico responsável e o (a) paciente ou seu Responsável Legal.

Declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39 VI da lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a) Dr. (a) _____,

Inscrito (a) no CRM _____ sob o n.º _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, na realização "ecocardiograma sob estresse farmacológico com protocolo de Dobutamina", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive outras condutas medicas que tal procedimento possa requer, podendo o referido profissional valer se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a), atendendo o disposto no art.59 do código de ética medica e no art.9º da lei 8.078/90 (abaixo transcritos) prestou informações detalhadas sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

1 – DEFINIÇÃO

A ecocardiografia ou ecocardiograma sob estresse farmacológico é um exame de ultrassom do coração, associado ao uso de medicamentos (dobutamina ou dipiridamol), que possibilitam visualizar a contração do coração em repouso e em esforço máximo, semelhante ao atingido durante o exame de esforço realizado em esteira ergométrica. É um exame semi-invasivo, no qual o médico responsável ministra no paciente, por via endovenosa, a substância Dobutamina, com o objetivo de acelerar a atividade do coração e fazê-lo bater mais rápido. Frequentemente é utilizada, também, a substância Atropina para acelerar o coração.

2 – COMO É FEITO?

O paciente recebe os medicamentos por uma veia (via intravenosa) e em doses crescentes – chamadas “estágios do exame”. Cada estágio tem a duração aproximada de 3 minutos. Durante a realização do exame, são verificadas continuamente a pressão arterial, a frequência e o ritmo cardíaco, além dos níveis de oxigênio no sangue; também são realizados eletrocardiogramas em cada estágio.

O paciente permanece em repouso durante 30 minutos após o término do exame. Após 60 minutos, pode retornar à sua rotina, sem restrição de dieta. Caso utilize medicação de uso contínuo, esta deverá ser ingerida normalmente.

3 – INDICAÇÃO

Em casos de suspeita de obstrução das artérias coronárias, responsáveis pela irrigação do músculo do coração (doença arterial coronária). Para avaliação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica (ponte de safena ou de mamária etc.) ou angioplastia coronária com ou sem colocação de stents.

4 – CONTRAINDICAÇÃO

Na fase aguda de síndromes coronárias (IAM e angina instável). O exame com Dobutamina está contraindicado para pacientes com hipertensão arterial descontrolada, arritmia ventricular ou que já apresentaram reações adversas ao uso da medicação.

5 – LIMITAÇÕES

O exame pode ser inconclusivo quando não se atinge a frequência cardíaca submáxima esperada e não ocorrem sinais de isquemia

6 – COMPLICAÇÕES

A ecocardiografia sob estresse farmacológico é um método com segurança comprovada em inúmeros centros hospitalares estrangeiros e brasileiros. Alguns efeitos colaterais podem ocorrer: Sensação de formigamento no rosto, náuseas, dor de cabeça, dor no peito, elevação da pressão arterial, encefalopatia hipertensiva, palpitação, infarto do miocárdio, AVC (por elevação da pressão arterial), taquicardia ventricular, fibrilação atrial, bradicardia, parada cardiorrespiratória e até mesmo a morte.

Tais reações adversas são agravadas quando associadas a outros fatores pessoais do (a) Paciente como, por exemplo: doenças subjacentes; cirurgia cardíaca prévia; alergias; hipertensão arterial; tabagismo; alcoolismo; diabetes; obesidade; insuficiência renal; acidente vascular cerebral; insuficiência hepática; doenças cardíacas; doença arteriosclerótica; insuficiência respiratória; desnutrição grave; idade avançada. Quaisquer patologias do (a) Paciente devem ser previamente informadas ao médico responsável, pois, podem contraindicar o exame, merecendo especial destaque, mas não se limitando a: aumento da pressão intraocular (glaucoma) e problemas de próstata (homens).

Os efeitos adversos são raros e, quando aparecem, são prontamente detectados. São semelhantes aos observados durante o teste ergométrico.

Em casos de reações, fica autorizada a execução das medidas necessárias e dos procedimentos urgentes para o tratamento do (a) paciente, incluindo transferência para UCO Unidade Coronariana ou Unidade de Terapia Intensiva – UTI. Tendo sido respondidas todas as questões formuladas e depois de compreender todo o teste, bem como a sua real repercussão, intercorrências e potenciais complicações.

7– PREPARO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME

Jejum de 6 horas antes da realização do exame (significa que o Sr. (a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido – água, chá, café, etc.). Se precisar tomar alguma medicação de controle, use o mínimo de goles de água. A suspensão da medicação em uso fica a critério do médico assistente e na dependência dos objetivos do exame: se para diagnóstico de doença arterial coronária, caso seja possível, a recomendação é realizar o exame sem os remédios que possam mascarar as manifestações isquêmicas, como betabloqueadores, inibidores dos canais de cálcio e vasodilatadores coronarianos. O paciente declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, a qual entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a) estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara ter sido informado de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns riscos e complicações deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Assinatura do paciente

Assinatura do (a) resp. pelo (a) paciente

RG _____

RG _____

Nome _____

Nome _____

Assinatura do (a) medico (a)
CRM _____
Nome _____