

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:
	Nome: _____ _____
	Data de Nascimento: / /      Prontuário: _____
	Convênio: _____

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Trombólise Química

### CONSIDERANDO:

**I** – A dignidade da pessoa humana como princípio fundamental da República Federativa do Brasil (art. 1º, III, da Constituição Federal) e sendo inviolável o direito à liberdade (art. 5º da Constituição Federal);

**II** – A capacidade civil, à autonomia de vontade e o abuso de direito previstos no Código Civil brasileiro;

**III** – As disposições sobre normas éticas para recusa terapêutica dispostas na Resolução nº 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina;

**IV** – As disposições sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes dispostas na Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina;

**V** – O dever do fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou à segurança informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade (art. 9ª da Lei nº 8.078/90);

**VI** – As disposições do Código de Ética Médica, especialmente acerca dos deveres dos médicos previstos nos arts. 22, 24, 31 e 34, que compreendem: obter consentimento do paciente ou do seu representante legal, salvo em caso de risco iminente de morte; garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo; respeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte; e informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal; e

**VII** – A lucidez e a capacidade cognitiva do(a) paciente/representante legal que firma o presente termo.

Eu, \_\_\_\_\_, na qualidade de ( ) paciente ( ) responsável<sup>1</sup> - grau de parentesco \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF nº \_\_\_\_\_, **DECLARO** ter sido devidamente informados(a), em linguagem clara, objetiva e compreensível, pela equipe médica do Hospital do Círculo, que:

**I** – A análise dos exames e quadro clínico revela o diagnóstico de:

\_\_\_\_\_

CID \_\_\_\_\_;

**II** – Através dos conhecimentos científicos atuais, conforme a melhor e atual literatura médica, há indicação

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Parentes de primeiro e segundo grau (pais, irmãos, avós e netos), tutor(a), curador(a), cônjuge ou companheiro(a).

<sup>1</sup> A trombólise consiste na injeção de uma substância química no local onde um coágulo se formou, para que ele se dissolva com propósito de reestabelecer a circulação local. A trombólise pode ser utilizada como uma alternativa cirúrgica para pacientes que têm uma grave e súbita diminuição do fluxo sanguíneo devido à formação de um coágulo dentro de uma artéria.

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:
	Nome: _____
	_____
	Data de Nascimento: / /      Prontuário: _____
	Convênio: _____

para realização do procedimento: **TROMBÓLISE QUÍMICA<sup>2</sup>**, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, com a finalidade de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

**III** – A equipe médica explicou-me sobre o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) proposto(s), bem como o(s) tratamento(s) que poderão ocorrer no período de recuperação;

**IV** – Recebi as informações necessárias sobre as probabilidades de êxito;

**V** – Estou ciente de que durante o procedimento indicado poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis (fortuitas);

**VI** – Fui cientificado(a) de que em um procedimento(s) invasivo(s), como o indicado, podem ocorrer complicações, tais como: risco de morte, parada cardiorrespiratória, sangramento intracraniano, outros sangramentos internos /externos, hematomas. Convulsões, choque anafilático, infecção hospitalar, bem como outras intercorrências clínicas ou cirúrgicas inerentes ao procedimento e às minhas condições individuais de saúde, inclusive: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

**VII** – Também fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao exame/procedimento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

**VIII** – Conheço das consequências de não realizo exame/tratamento: \_\_\_\_\_

**IX** – Confirmo de que fui informado que após realizar exames de imagem e laboratoriais, não foi encontrado nenhuma contraindicação para que eu receba o trombolítico endovenoso, conforme prevê a linha de cuidados do paciente com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e Infarto Agudo do Miocárdico com supra de ST, instituída respectivamente pela Portaria nº 665/2012 e nº 2.994/2011 do Ministério da Saúde.

**X** – Declaro que estou ciente ser necessário informar previamente ao médico caso faça uso de qualquer medicamento, drogas ilícitas, ou de algum Anticoagulante/antiagregante plaquetário, ou que possua alergia a determinado medicamento/alimento, ficando ciente que qualquer omissão de informações poderá acarretar em agravo ao meu estado de saúde.

**XI** – Diante das informações prestadas pela equipe de profissionais da saúde do Hospital do Círculo, por escrito e verbalmente, as quais não deixaram dúvidas, ratifico, neste ato, a minha livre e inequívoca decisão **consentir com a realização do(s) procedimento(s) acima referido;**

**XII** – Caso se façam necessários, eu ( ) autorizo ( ) não autorizo, de forma voluntária, a tomada de \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Parentes de primeiro e segundo grau (pais, irmãos, avós e netos), tutor(a), curador(a), cônjuge ou companheiro(a).

<sup>2</sup> A trombólise consiste na injeção de uma substância química no local onde um coágulo se formou, para que ele se dissolva com propósito de reestabelecer a circulação local. A trombólise pode ser utilizada como uma alternativa cirúrgica para pacientes que têm uma grave e súbita diminuição do fluxo sanguíneo devido à formação de um coágulo dentro de uma artéria.

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:
	Nome: _____ _____
	Data de Nascimento: / /      Prontuário: _____
	Convênio: _____

procedimentos para solucionar qualquer intercorrência que eventualmente ocorra em função do procedimento realizado através dos recursos disponíveis, resguardadas as coberturas contratuais e/ou autorizações que dependam do plano vinculado ao(a) paciente;

**XIII** – Eu, ( ) autorizo ( ) não autorizo a realização de procedimento de transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;

**XIV** – Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas à realização do procedimento e ter tido tempo para reflexão após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura; e

**XV** – Compreendo as explicações que me foram prestadas, estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas e reservo-me o direito de revogar, por escrito, este consentimento a qualquer tempo, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento.

Caxias do Sul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

---

Assinatura do Paciente ou Responsável legal

DECLARO que expliquei detalhadamente para o(a) cliente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e firmado.

Caxias do Sul/RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura, carimbo do(a) médico(a) e CRM

<sup>1</sup> Parentes de primeiro e segundo grau (pais, irmãos, avós e netos), tutor(a), curador(a), cônjuge ou companheiro(a).

<sup>1</sup> A trombólise consiste na injeção de uma substância química no local onde um coágulo se formou, para que ele se dissolva com propósito de reestabelecer a circulação local. A trombólise pode ser utilizada como uma alternativa cirúrgica para pacientes que têm uma grave e súbita diminuição do fluxo sanguíneo devido à formação de um coágulo dentro de uma artéria.