

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EXAME INVASIVO

HOSPITAL / CLÍNICA: _____ Processo: _____

NOME DO MÉDICO: _____ Cédula Profissional: _____

DADOS DO DOENTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em : _____

DADOS DO REPRESENTANTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em: _____

Na Qualidade de: _____

1.- Através deste procedimento _____ pretende-se: (nota do médico)

_____ com o fim de melhor diagnosticar a minha situação clínica.

A realização do procedimento pode ser captada em imagens para fins científicos ou didáticos.

2.- O médico explicou-me que o procedimento visa melhor diagnosticar a minha situação clínica e que o procedimento é invasivo, isto é, de alguma forma invade ou penetra no meu organismo. Pode ser instrumental, endoscópico, imagiológico, urodinâmico, biopsia, ou de outra natureza. Em princípio, o procedimento é realizado em ambulatório, isto é, não necessita de internamento hospitalar. Todavia, se surgirem complicações, pode ser necessário o internamento hospitalar. O procedimento pode requerer a administração de anestesia de cujos riscos serei informado pelo Serviço de Anestesia. Poderá ser utilizada tecnologia sofisticada apropriada ao procedimento. Poderão ser utilizados medicamentos e soros complementares do procedimento.

3.- O médico explicou-me que este procedimento consiste em: (nota do médico) _____

_____ pelos motivos e com a finalidade de: (nota do médico) _____

4.- Compreendo que, apesar da adequada escolha da técnica e da sua correcta realização podem aparecer efeitos indesejáveis, tanto os comuns derivados de toda a intervenção, e que podem afectar todos os órgãos ou sistemas, como outros específicos do procedimento:

a) não ser possível realizar, no todo ou em parte, o procedimento programado;

b) complicações gerais ou locais da anestesia utilizada;

c) dores, apesar da eventual anestesia ou analgesia utilizada;

d) derrames e hemorragias, com consequências imprevisíveis;

e) infecções, apesar da eventual profilaxia antibiótica utilizada, da porta de entrada, do(s) órgão(s) intervido(s), de outros órgãos, ou generalizadas;

f) lesões ou perfurações não esperadas do(s) órgão(s) intervido(s), das suas vias de acesso ou de órgãos anexos;

g) complicações relacionadas com a eventual cicatrização incluindo o aparecimento de fibroses, estenoses e fístulas.

Relativamente ao Exame Invasivo _____,
para além dos efeitos indesejáveis e complicações referidas, são ainda de referir a possibilidade de: (nota do médico) _____

O médico explicou-me que estas complicações habitualmente se resolvem com tratamento médico (medicamentos, soros...); no entanto, podem levar à necessidade de uma reintervenção, por vezes de urgência, envolvendo um risco de mortalidade.

5.- O médico explicou-me que, para a realização desta técnica, pode ser necessária uma preparação prévia, por vezes com algumas particularidades, tais como (nota do médico) _____

embora possa ser possível a sua realização sem uma preparação completa.

Também me explicou a necessidade de o avisar sobre as minhas eventuais alergias medicamentosas, alterações da coagulação, doenças cardiopulmonares ou outras, existência de próteses, *pacemaker*, medicações actuais ou qualquer outra circunstância que julgue relevante.

Devido à minha situação actual (diabetes, obesidade, hipertensão, anemia, idade avançada...) pode existir um aumento da frequência ou da gravidade dos riscos ou complicações, tais como (nota do médico) _____

6.- O médico explicou-me que a(s) alternativa(s) é(são): (nota do médico) _____

mas que, no meu caso, a alternativa mais indicada é este procedimento.

Compreendi todas as explicações que me foram dadas, numa linguagem clara e simples e o médico que me atendeu permitiu-me expor-lhe todas as questões e clarificar todas as minhas dúvidas.

Também compreendo que, em qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação, posso revogar o consentimento que agora disponibilizo.

Desta forma, declaro que estou satisfeito com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos do exame.

Nestas condições,

CONSINTO E AUTORIZO
Que me seja realizado EXAME INVASIVO

Local: _____ Data: ____/____/____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____