DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO AINDA NÃO INCLUÍDO EM RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS (GUIDELINES)

HOSPITAL / CLÍNICA: _____ Processo: _____

NOME DO MÉDICO: _____ Cédula Profissional: _____

DADOS DO DOENTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.°: _____

Residente em : _____

DADOS DO REPRESENTANTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.°: _____

Residente em: _____

Na Qualidade de: _____

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

_____

_____

com o fim de melhor diagnosticar e/ou tratar a minha situação clínica.

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

2.- O médico explicou-me que o procedimento visa melhor diagnosticar e / ou tratar a minha situação clínica, mas que este procedimento, nesta data, ainda não se encontra incluído nas Recomendações Clínicas (Guidelines), pelo que deve ser considerado, no momento, experimental, encontrando-se todavia incluído num protocolo de investigação clínica, estando o meu caso abrangido nos critérios de inclusão, e não nos de exclusão, desse protocolo. O médico explicou-me os objectivos do protocolo e os seus pressupostos científicos, as indicações e as contra-indicações, os riscos e as complicações mais frequentes versus os benefícios esperados, e a experiência e os resultados já conhecidos. O procedimento pode ser realizado em ambulatório ou necessitar de internamento hospitalar. Todavia, em caso de ser ambulatório, 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, soros, e eventualmente outras terapêuticas, 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 procedimento _____, 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 intervenção, por vezes de urgência, envolvendo um risco de mortalidade.

5.- O médico explicou-me que, para a realização deste procedimento, 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, embora ainda não recomendada em "guidelines", 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 procedimento.

Nestas condições,

CONSINTO E AUTORIZO
Que me seja realizado PROCEDIMENTO AINDA NÃO INCLUÍDO EM RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS (GUIDELINES)

Local: _____ Data: ____/____/_____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____