

## Estudo Eletrofisiológico/Ablação por Radiofrequência

Por este instrumento, eu \_\_\_\_\_ ,  
(nome legível, completo e por extenso do paciente)

**ou seu responsável,** \_\_\_\_\_ ,  
(nome legível, completo e por extenso do responsável)

declara :

1º) fui informado (a) pelo médico (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2º) recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

3º) Descrição dos procedimentos : colocação de cateteres no coração para estimulação, gravação de sinais e registro de pressões; raio-X será usado para orientar a colocação destes cateteres; uma bainha poderá ser colocada em artéria para a monitorização da pressão arterial; aplicações de radiofrequência serão efetuadas nos casos indicados.

4º) eu autorizo a utilização de medicamentos anestésicos de acordo com o necessário ou desejável. Entendo que o uso destas medicações carrega um risco separado do risco dos procedimentos.

5º) eu autorizo a administração de drogas, infusões, sangue e derivados considerados necessários pelo(s) médico(s) responsável(is). Estas drogas podem incluir medicações para auxiliar na indução ou identificação do ritmo cardíaco, como isoproterenol, adenosina, atropina, verapamil, betabloqueadores, ou para estabilizar o ritmo cardíaco, como lidocaína, procainamida ou amiodarona.

6º) eu atesto ter recebido informações suficientes para me dar uma compreensão geral da natureza do procedimento, os benefícios e os riscos mais frequentes. Alternativas diagnósticas e terapêuticas me foram explicadas. Do mesmo modo, também me foi explicado que durante a realização do procedimento, situações para as quais seja necessária intervenção cirúrgica ou outra ação de urgência podem ocorrer. Eu autorizo a realização destes procedimentos conforme julgamento do(s) médico(s) responsável(is).

7º) eu reconheço que os resultados da prática da medicina e cirurgia não podem ser previstos com precisão, e eu tenho conhecimento de que nenhuma garantia a respeito do sucesso do(s) meu(s) procedimento(s) pode ser dada.

8º) Os riscos mais comuns do procedimento ao qual serei submetido incluem: lesões e sangramento por veias e/ou artérias, infecção, pneumotórax, trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, acidente vascular cerebral ("derrame"), ritmos cardíacos anormais necessitando medicamentos os choques elétricos para voltar ao normal, infarto agudo do miocárdio, lesão valvular, perfuração cardíaca, necessitando eventualmente de drenagem e/ou cirurgia cardíaca, reações alérgicas a medicamentos, depressão respiratória e morte. Está descrito que o uso de grande quantidade de Raio-X, em procedimentos longos, pode levar a efeitos como queimadura cutânea e eventualmente, câncer.

## Estudo Eletrofisiológico/Ablação por Radiofrequência

9º) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

10º) para mulheres com potencial de engravidar: eu entendo que o uso de raio-X e medicamentos durante o procedimento ao qual me submeterei podem prejudicar um embrião ou feto e, portanto, não devem ser utilizados durante a gestação, exceto em casos especiais. Eu afirmo não estar grávida no momento do procedimento.9

11º) esta autorização é dada ao(a) médico(a) \_\_\_\_\_ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação.

Araraquara, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do paciente)

\_\_\_\_\_  
(Nome e assinatura do(a) responsável) pelo(a) paciente  
No caso de pacientes menores, ou que tenham responsáveis legais, ou não possam assinar este documento

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada

1) \_\_\_\_\_ (assinatura) \_\_\_\_\_ (nº do documento de identidade)

\_\_\_\_\_  
(nome completo e legível)

\_\_\_\_\_  
(endereço)

**CONFIRMO** que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento (s)/procedimento(s) acima descritos.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico  
CRM: