

Etiqueta do Paciente



**TERMO DE CIÊNCIA/CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ECOCARDIOGRAMA
TRANSESOFÁGICO**

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Obs: Sempre preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Estou ciente que vou realizar um exame que meu médico assistente solicitou por achar necessário para melhor esclarecimento e acompanhamento de minha situação clínica.

O Ecocardiograma Transesofágico é um exame que consiste na passagem de uma sonda de ultra-som pela orofaringe através do esôfago, até o Estômago, permitindo melhor visão e avaliação das estruturas do coração.

A introdução da sonda pela boca e sua passagem pela garganta acarreta um pouco de incômodo, motivo pelo qual se utiliza a aplicação tópica de anestésico local para diminuir este incômodo.

Muitas vezes, para melhor tolerabilidade do exame e para maior conforto do paciente é utilizado, por via sub-lingual ou venosa, medicação com efeito sedativo. Nestes casos, será necessária a punção de veia periférica. Estou ciente que este exame é realizado de rotina em todos os centros médicos do mundo.

Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício e controle clínico.

Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo a confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente aos comitês de ética em pesquisa.

Tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre o procedimento diagnóstico a que serei submetido, me sendo respondido e esclarecidas todas as minhas dúvidas em linguagem de fácil compreensão. Tendo em vista que a natureza da prestação dos serviços médicos é de meio, estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado, bem como que o resultado de um exame complementar deve ser interpretado junto com os demais dados de minha história clínica.

Também entendi que, a qualquer momento e sem prestar qualquer explicação, poderei revogar este consentimento, antes da realização do procedimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de Emergência.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ Hora: _____

Médico, CRM nº _____

Médico, CRM nº _____

REVOGAÇÃO: RJ, _____ / _____ / _____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)