



Hemodinâmica - HNSD

Questionário para realização de procedimentos hemodinâmicos

Nome do paciente: _____ Prontuário: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Peso: _____

Telefone para contato: _____ Altura: _____

Médico solicitante: _____ Sexo: _____

Convênio: _____

Os estudos hemodinâmicos, diagnósticos ou terapêuticos são procedimentos invasivos e utilizam feixes de raios X para produzir imagens. O uso de contraste é necessário para sua realização. Estes exames e/ou tratamentos, embora sejam realizados com segurança em nossos dias, ainda envolvem complicações e riscos diversos. Este questionário visa identificar possíveis fatores de risco, como alergias e outros, e alerta a equipe para cuidados adicionais que possam ser necessários antes que o procedimento seja realizado.

Leia e responda com atenção.

Este questionário segue recomendação da *Associação Mineira de Hemodinâmica e Cardiologia intervencionista (AMHCI)* á qual são filiados os profissionais deste setor de hemodinâmica.

1. Tem alergia a algum medicamento ou alimento? Sim () Não () Descrever:

2. Já fez algum exame com uso de contraste iodado? Sim () Não () Ex: (utilizados em exames de tomografia, arteriografia, colangiografia, colecistografia e outros exames de raio X
3. Teve alguma reação alérgica ao contraste? Sim () Não () Descrever:

4. Faz uso de: metformina, glucofage, glucovance, glucoformim, Galvus ou glifage? Sim () Não () Suspenso? _____



5. Exames laboratoriais: Ureia: _____ Creatinina: _____ Glicemia: _____
Data da realização do exame: _____
6. Faz uso de anticoagulante? Ex: marevam, marcoumar, pradaxa ou similar. Caso sim, qual? _____
Suspendido? SIM () NÃO ()
7. Pergunta somente para pacientes do sexo masculino: Faz uso de alguma medicação para disfunção erétil? Ex (viagra, levitra ou outro) Sim () Não () _____
8. Pergunta somente para pacientes do sexo feminino: Está grávida ou com suspeita de gravidez? _____
9. É portador de alguma doença do fígado, mieloma múltiplo, miastenia graves ou anemia falciforme? Sim () Não () Caso sim, qual? _____
10. Soro positivo HIV- HCV- HBV? Sim () Não () Especificar _____

11. Tabagismo	Sim ()	Não ()	Tempo:
12. Dislipdemia (Colesterol)	Sim ()	Não ()	Obs:
13. Ingestão Bebida Alcoólica	Sim ()	Não ()	Tempo:
14. História familiar de doença cardiovascular	Sim ()	Não ()	Especificar:
15. Cirurgia Cardíaca __/__/__	Não ()	Tempo:	Especificar:
16. Diabetes Mellitus - DM	Não ()	Especificar:	Tempo:
17. Hipertensão Arterial - HAS	Não ()	Especificar:	
18. Doença renal ou cirurgia renal	Sim ()	Não ()	
19. Doença de Coagulação (trombose)	Sim ()	Não ()	
20. Asma, Bronquite, ou rinite alérgica	Sim ()	Não ()	Tempo:
21. Procedência	Interno ()	Externo ()	Especificar:
22. Jejum Superior há 8 horas	Sim ()	Não ()	



23. Medicações de uso do paciente:

24. Intercorrências outras informações relevantes:

25. Você está ciente do tipo de procedimento que será submetido? Foi orientado dos riscos? Foi orientado dos cuidados pré e pós operatórios? Sim () Não ()

26. Você está de acordo com a realização do procedimento? Sim () Não ()

Obs: _____

Eu, _____

inscrito no CPF sob o nº _____ declaro, para fins de direito, sob as penas da lei, e em atendimento ao solicitado pelo Hospitalar Nossa Senhora Das Dores, que as informações constantes e inseridas por mim neste documento, são verdadeiras e autênticas (ou são fieis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época). Fico ciente que através desse documento que a falsidade dessa declaração configura crime previsto no Código Penal Brasileiro, e passível de apuração na forma da Lei, além de acarretar em grandes prejuízos para o tratamento clínico.

Termo de consentimento livre e esclarecido para realização de procedimento em Hemodinâmica - Cateterismo Cardíaco

Por este instrumento particular, declaro, para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o Procedimento Cirúrgico designado **Cateterismo Cardíaco ou coronariografia**, a ser realizado no Hospital Nossa Senhora das Dores.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 (Código de Ética Médica) e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento, prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

MOTIVO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME: O seu médico solicitou que o (a) Sr. (a) fizesse um exame diagnóstico conhecido como cateterismo cardíaco, também chamado de cineangiocoronariografia com ventriculografia esquerda. Esse exame tem por finalidade principal identificar (diagnosticar) diversos problemas e/ou doenças cardíacas, inclusive obstruções nos vasos sanguíneos que irrigam o próprio coração (artérias coronárias). Esse exame não tem a finalidade, pelo menos inicialmente, de ser um método de tratamento.

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO: O cateterismo cardíaco será realizado com anestesia local e/ou sedação (realizado pelo anestesista). O exame consiste na introdução de finos tubos plásticos denominados cateteres nas artérias e/ou veias, podendo ser no braço e/ou pernas, dependendo da avaliação do médico. O cateter é avançado ao coração onde é medido as pressões, e para visualizar as estruturas cardíacas e vasos sanguíneos usamos um “corante” chamado de contraste que aparece na filmagem com raios-x. O contraste é constituído por substâncias à base de iodo.

TRATAMENTOS ALTERNATIVOS: NÃO SE APLICA POR SE TRATAR DE EXAME DIAGNÓSTICO

RISCOS: reações alérgicas leves ou graves, sangramentos, hematoma, lesões vasculares, flebite, infecção, oclusão arterial, embolias, pseudo-aneurisma, fístula arteriovenosa, perda de pulso periférico, cicatriz não estética, arritmias, uso de marcapasso, reação vagal, insuficiência respiratória, lesão de nervo periférico, infarto, acidente vascular cerebral, perfuração e tamponamento cardíaco, choque, parada cardíaca, perda parcial ou total da função de qualquer membro ou órgão, insuficiência renal, perda de membro, lesão cerebral, necessidade de cirurgia imediata e óbito. ANGIOGRAFIA POR CATETER. Noto TJ Jr. Johnson L W Krone R, et al, Cardiac catheterization 1990 a report of the registry of the Society for cardiac Angiography and interventions (SCA & 1). Cather Cardiovasc

Declaro que:

Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento e as operações a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.

Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, ainda que invasivo, inclusive terapias alternativas, exame



Hospital
Nossa Senhora
das Dores

ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

Certifico que li este termo, o que qual me foi explicado pelo médico e por sua equipe, de forma clara, objetiva e em linguagem acessível e que compreendo e concordo com todas as informações que me foram prestadas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas de maneira igualmente compreensível, não restando, assim, nenhuma dúvida adicional.

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos.**

Itabira, ____ de _____ de ____

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito.

Assinatura do Médico Assistente e carimbo