

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA**

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p align="center">Cole aqui a etiqueta</p> </div> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ___/___/___</p> <p align="center">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p>	<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p>

Eu autorizo o Dr. _____ CRM N°: _____ a realizar uma ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA e, em caso de necessidade, qualquer procedimento adicional essencial para a estabilidade clínica.

- Eu compreendo que o exame de ecocardiografia transesofágica envolve a passagem de um aparelho pela garganta, esôfago e estômago, com a finalidade de visualizar melhor o coração e os grandes vasos torácicos. E que para a melhor realização do exame e conforto do paciente durante o mesmo, será feita anestesia da garganta através de spray anestésico e sedação através de medicação endovenosa.
- Fui informado sobre a necessidade de jejum de 06 horas antes do exame e que, no dia do exame, após a realização do mesmo, o paciente não deverá dirigir ou realizar atividades que exijam atenção, reflexo e raciocínio.
- Estou ciente das contraindicações para a realização do procedimento, que são doenças do esôfago, discrasia sanguínea, anticoagulação excessiva com controle de INR inadequado, uso de fibrinolítico nas últimas 48 horas, insuficiência respiratória descompensada e reações adversas em exame anterior. Compreendo a existência de limitações relacionadas ao exame e das eventuais complicações relacionadas a este.
- Entendo que, conforme a avaliação do cardiologista que estará acompanhando o exame poderá ser necessária a interrupção do exame ou requerer internação e/ou algum outro procedimento.
- Recebi do meu médico todas as informações necessárias para que eu pudesse tomar a decisão e aceitar as condutas adotadas para o meu tratamento

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que **ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA** proposta.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA**

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: _____

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável