

## Termo de Ciência e Consentimento – ANGIOGRAFIA CEREBRAL

Por este instrumento particular, o(a) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável, Sr. (a) \_\_\_\_\_ declara, para todos os fins legais, especialmente disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90, que dá plena autorização ao médico Dr. \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, para executar o PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO designado “**ANGIOGRAFIA CEREBRAL**”. O referido profissional médico, atendendo ao artigo/lei supracitados (ver no quadro abaixo), presta agora informações detalhadas sobre o procedimento ora autorizado, relatando os riscos **MAIS COMUNS**:

- Déficit neurológico (exemplo: paralisia) - por complicação relacionada ao contraste ou ao procedimento, (mas também pode estar associado ao fato de haver hemorragia subaracnóidea com vasoespasm). Isto pode ser transitório ou definitivo.
- Complicações anestésicas – são muito raras, mas podem ocorrer e ser sérias, e devem ser esclarecidas com o médico anestesiolologista.

A taxa de complicações de uma angiografia cerebral é de **8,4%**, distribuídas em : complicações permanentes: 0,9 % (a pior sendo o derrame cerebral); complicações transitórias: 2,6% ; complicações locais (inchaço por hematoma na região da virilha e raramente infecção) : 4,9%. Óbito é ocorrência extremamente rara atualmente, mas não está descartado, como em qualquer procedimento médico invasivo.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º – O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º – É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

Declara, ainda, que tais foram perfeitamente entendidas e aceitas, compromissando-se a respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo médico, ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Afirma também ter sido informado que será utilizado CONTRASTE A BASE DE IODO, e que não é portador de nenhuma ALERGIA conhecida até o momento a esta substância. Declara também não ser portador de INSUFICIÊNCIA RENAL aguda ou crônica, ou qualquer distúrbio da COAGULAÇÃO sanguínea. Nos casos extraordinários de ALERGIA A CONTRASTE A BASE DE IODO, DE INSUFICIÊNCIA RENAL aguda ou crônica, ou qualquer distúrbio da COAGULAÇÃO sanguínea, em que o exame se torne imperativo que a devida consulta com especialistas médicos das áreas em questão foi realizada e que tratamento preventivo foi convenientemente instituído no casos em que se fizer necessário.

**Deve trazer em mãos o pedido do médico assistente, e exames recentes de hemograma, glicemia, uréia, creatinina, coagulograma (com TAP e plaquetas), além de TOMOGRAFIA ou RESSONÂNCIA MAGNÉTICA pertinentes. Em caso de pacientes internados, trazer a prescrição atual do mesmo.**

Declara, igualmente, estar ciente de que o exame realizado de forma correta não assegura garantia de diagnóstico definitivo, e que pode ser necessário repetir o mesmo exame ou realizar outros exames para tal.

**Finalmente, declara ter sido atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns riscos e complicações deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.**

-----  
Data, Local e Assinatura do paciente ou seu responsável e número do **RG**