



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO ANGIOFLUORESCÉINOGRRAFIA

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o exame designado **AngiofluoresceínoGRAFIA**, e todos os procedimentos que o incluem, ou outras condutas médicas que tal procedimento possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, igualmente, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 22º do Código de Ética Médica, prestou informações detalhadas sobre o exame a ser realizado e sobre as condutas a serem adotadas no procedimento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO:

Angiofluoresceinografia é um exame para avaliação do fundo do olho, que com auxílio de um contraste permite visualizar os vasos sanguíneos. O exame é realizado com auxílio de um equipamento denominado retinógrafo que realiza imagens do fundo do olho. As pupilas devem ser dilatadas com colírios (fenilefrina 10% e tropicamida 1%) nos olhos em que serão realizados o exame (de acordo com o pedido médico). Posteriormente, utiliza-se a injeção de um contraste chamado fluoresceína sódica 20% na veia (normalmente da mão ou do antebraço).

INDICAÇÕES:

Avaliação de doenças que acometem o fundo do olho (retina e nervo óptico), principalmente diabetes, hipertensão arterial e outras doenças sistêmicas ou oculares.

ORIENTAÇÕES:

- Jejum absoluto de 2 horas antes do exame.
- Não tomar remédio para diabetes se o exame for pela manhã (motivo pelo qual associado ao jejum pode ocasionar hipoglicemia) caso o exame seja realizado à tarde o paciente pode fazer uso da medicação normalmente.
- Caso utilize remédio para pressão arterial, este deverá ser tomado normalmente.
- O paciente deverá vir obrigatoriamente acompanhado com alguém maior de 18 anos e o acompanhante deverá permanecer durante todo o tempo no hospital. É proibido dirigir após o exame.
- No momento da avaliação é preenchido um questionário com a avaliação do paciente sobre doenças crônicas, uso de medicamentos e outras informações afim de avaliar a saúde do paciente antes da realização do exame.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Reação prévia ao contraste.
- Asma severa não controlada.
- Infarto do miocárdio recente (menos de um mês).



- Gravidez.
- Lactação (suspender a amamentação por 48h após a realização do exame).
- Se possível, evitar a realização de exames de sangue 48h após o procedimento. Caso seja necessário, comunicar o laboratório sobre a realização de angiofluoresceínoграфия com contraste de fluoresceína sódica endovenosa.

RISCOS E COMPLICAÇÕES:

- Embaçamento visual temporário de 4 a 6 horas (devido à dilatação pupilar e os flashes do aparelho).
- Coloração da pele e urina mais amarelada por aproximadamente 2 ou 3 dias.
- Náuseas e vômito logo após a injeção (3-5% dos pacientes).
- Reações alérgicas (Raras, menos de 5% dos pacientes).
- Dor no local da injeção (apenas se houver extravasamento do contraste no local).
- Prurido (coceira no corpo).
- Choque anafilático (Muito raro).
- Reação alérgica tardia de 30 a 90 minutos após o exame (muito rara). Caso ocorra reação tardia ao contraste, procurar um posto de saúde ou hospital mais próximo.

Os índices de complicações são extremamente baixos, quando comparados com outros exames contrastados, como cateterismo cardíaco, exames das vias urinárias e outros. Porém, as diversas formas de reações dependem das características individuais, razão pela qual durante a realização deste exame há sempre um médico para dar assistência.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito do exame e estar 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.

Maringá (PR) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Ass. Medico Assistente

Nome: _____

Nome _____

RG/CPF: _____

CRM: _____ UF _____

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.