

## Termo de consentimento informado para Eletroconvulsoterapia ( ECT )

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Meu médico, Dr(a).\_\_\_\_\_, recomendou que eu receba o tratamento da eletroconvulsoterapia ( ECT ). Este tratamento, incluindo os riscos e benefícios que posso ter, foi claramente descrito para mim. Eu dou meu consentimento para ser tratado com ECT.

A ECT será realizada com anestesia geral e, por esse motivo, me proponho a permanecer em jejum de 8 horas antes das aplicações. Antes do tratamento, uma agulha será inserida na minha veia para que sejam aplicadas as medicações. Receberei um anestésico que me fará dormir por 5 a 10 minutos. Em seguida receberei uma medicação para relaxar meus músculos. Não vou experimentar dor ou desconforto algum durante o procedimento. Outras medicações serão aplicadas conforme a minha necessidade individual. Eletrodos e outros aparelhos de monitoração serão colocados na minha cabeça e no meu corpo, sem causar desconforto algum, incluindo eletrodos para eletroencefalografia, eletrodos para monitoração cardíaca oxímetro, e manguito de pressão.

Durante o procedimento, uma corrente elétrica com carga cuidadosamente controlada passará através de dois eletrodos colocados na minha cabeça.

Entendo que posso me recuperar completamente, parcialmente ou nada, apesar das chances de uma boa recuperação serem altas. Depois da ECT os meus sintomas poderão retornar e necessitarei de tratamento adicional com medicações.

Como outros tratamentos médicos, a ECT tem riscos e efeitos colaterais.

Quando eu acordar da anestesia estarei confuso e desorientado por algum tempo. Estou ciente de que a perda de memória é um efeito comum da ECT, que tende a desaparecer após as aplicações. Por este motivo, durante e logo após as aplicações não deverei tomar decisões importantes sobre a minha vida pessoal e os meus negócios. Outros efeitos colaterais comuns são dor de cabeça leve, náuseas e dores musculares.

Poderei entrar em contato com o Dr . \_\_\_\_\_ quando necessário. A minha decisão de receber a ECT é voluntária e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento se assim achar que devo proceder.

\_\_\_\_\_  
Assinatura ( paciente ou responsável legal )

\_\_\_\_\_  
Data