

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

## ABLAÇÃO DE VARIZES TRONCULARES E/OU TRIBUTÁRIAS ATRAVÉS DO LASER ENDOVENOSO



### Orientações prévias:

- **leia** atentamente todo o conteúdo deste documento;
- **informe** todas as suas dúvidas ao médico;
- **assine** o termo somente após ter todas as dúvidas sanadas.

NOME PACIENTE

CPF

IDADE PACIENTE

DATA PROCEDIMENTO

QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE

OBSERVAÇÕES MÉDICAS

Me foi explicado minuciosa e especificadamente pela médica e/ou sua equipe multidisciplinar, por isso entendo que:

No procedimento, uma fibra flexível é inserida na veia por meio de punção ou pequeno corte na pele, guiada por ultrassom. Toda a extensão do vaso é tratada com a emissão de energia (laser) pela fibra, fazendo com que as veias se fechem, fazendo com que o sangue seja redirecionado para vasos saudáveis.

### 1. FOI-ME EXPLICADO QUE:

- 1.1. cada organismo reage de forma específica e, por isso, **não é possível garantir e assegurar a cura da doença tratada;**
- 1.2. o tratamento pode **não ser definitivo** e que pode haver a necessidade de aspiração ou drenagem de coágulos dentro da veia tratada para alívio da dor local e para reduzir o risco de hiperpigmentação e possibilidade de tratamentos escleroterápicos adicionais e acompanhamento vascular regular;
- 1.3. a **evolução da doença** e do tratamento podem obrigar a equipe médica a modificar as condutas inicialmente propostas e, nesse caso, **a equipe fica autorizada, desde já, a modificar as condutas inicialmente propostas;**
- 1.4. em caso de intercorrência durante a cirurgia o médico poderá optar por realizar outro procedimento anteriormente não previsto ou alterar a técnica original, e de usar todos os meios disponíveis que estão ao seu alcance em meu favor, especialmente em caso de iminente risco de morte.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente

## 2. TODO PROCEDIMENTO MÉDICO TEM RISCOS DE COMPLICAÇÕES, COMO:

2.1



precoce e/ou tardiamente, inchaço, formação de equimoses difusas (manchas roxas), hematomas, dor ou desconforto, alteração de sensibilidade, dormência ou formigamento nos membros inferiores, edema (inchaço), aparecimento de telangiectasias (microvarizes), retração de pele, hiperpigmentação (manchas), eritema (vermelhidão); cefaleia (dor de cabeça) e linforreia/linfocele (saída ou acúmulo de secreção linfática pela ferida);

2.2



consequências não esperadas que podem requerer acompanhamento médico especial podem acontecer como sangramentos ou perfuração de vasos, não fechamento ou recanalização da veia safena, alergia cutânea ou sistêmica, flebites (tromboses superficiais), cicatrizes, queloides, trombose venosa profunda, queimaduras e outras alterações de pele;

2.3



constam na literatura, complicações e intercorrências muito raras, que podem ter consequências permanentes como: embolia pulmonar, lesões de nervos sensitivos e motores, lesões arteriais ou venosas profundas, assim como suas ligaduras inadvertidas, infecções, distúrbios visuais e formação de úlceras (feridas);

2.4



ainda, embora não descritas, a ocorrência de manifestações não citadas anteriormente, devido às condições clínicas, específicas de cada paciente, poderão ocorrer, independentemente da técnica médica.

\_\_\_\_\_   
acordo do paciente

## 3. DECLARO AINDA:

**3.1** não estar em período gestacional, tampouco com qualquer desconfiância de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez;

**3.2** que informei ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;

**3.3** estar ciente e autorizar o uso de adrenalina e/ou anti-histamínico em caso de reação alérgica grave.

\_\_\_\_\_   
acordo do paciente



#### 4. ME FOI EXPLICADO QUE DEVO INFORMAR A EQUIPE MÉDICA PREVIAMENTE A RESPEITO DE:

- 4.1. doenças recentes ou condições médicas, tais como doenças cardíacas;
- 4.2. uso de medicamentos ou suplementos, como anti-inflamatórios (especialmente aspirina), anticoagulantes ou antibióticos para alergias;
- 4.3. consumo de bebida alcoólica, cigarros e contraceptivos orais, pois aumentam o risco de coágulos sanguíneos.

\_\_\_\_\_   
acordo do paciente

#### 5. ENTENDI E CONCORDO QUE:

- 5.1 o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, ainda que não impeçam a realização do procedimento, podem comprometer o resultado do tratamento médico. Entendi que a interrupção do uso do tabaco, de drogas e/ou álcool não cessam os malefícios do uso prévio, apenas reduzem a probabilidade de interferir nos resultados.

\_\_\_\_\_   
acordo do paciente

#### 6. O PROCEDIMENTO PODE SER REALIZADO COM ANESTESIA, NÃO OBRIGATORIAMENTE, A DEPENDER DA SENSIBILIDADE DE DOR DE CADA PACIENTE. POR ISSO, COMPREENDI QUE:

6.1



posso optar pela anestesia local, que tem como objetivo anestésiar determinada região do corpo por meio de medicamentos de uso tópico (em forma de pomada) ou por infiltração (injetados com uma seringa);

6.2



a anestesia local não bloqueia a sensação de manuseio no local do procedimento;

6.3



em caso de inflamações ou infecções o efeito anestésico pode ser prejudicado;

6.4



a médica e a equipe não podem determinar qualquer reação adversa ao anestésico, se o paciente não trouxe informações históricas do uso anestésico;

6.5



a depender do tamanho do procedimento, a anestesia poderá ser realizada com sedação, em hospital, por anestesista autônomo, sendo o seu ato médico totalmente destacado do médico cirurgião, por isso, nesses casos, o médico anesthesiologista fará as considerações com o paciente;

6.6



o tempo de duração da anestesia e o período de recuperação dependerão da reação e da evolução do organismo de cada paciente, não havendo tempo pré-definido;

6.7



a resposta à administração de medicamentos é individual e que é possível intercorrências e efeitos indesejados imprevisíveis;

6.8



há riscos de ocorrer a diminuição do ritmo dos batimentos cardíacos (braquicardia), pressão baixa; dificuldade de respirar; dor de cabeça intensa, prurido, retenção urinária, náuseas e sonolência.

---

acordo do paciente

## 7. FOI-ME EXPLICADO QUE:

- 7.1. cada organismo reage de forma específica e, por isso, não é **possível prever e/ou garantir o resultado**. A melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente após um número mínimo de ciclos de tratamento, a depender do organismo de cada paciente;
- 7.2. o aparecimento de novas varizes ou vasinhos faz parte da doença e tem alta chance de vir a ocorrer, independentemente do tratamento utilizado;
- 7.3. o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e do número de ciclos de tratamento realizadas pelo paciente, que será determinado pelo médico ao longo do tratamento ou previamente;
- 7.4. é de inteira responsabilidade do paciente, a continuidade do tratamento proposto pelo médico, para alcançar os objetivos desejados, conforme orientado no plano de tratamento anexo;
- 7.5. o efeito do tratamento poderá variar de acordo com os hábitos de vida de cada paciente tais como tabagismo, uso de medicamentos, alimentação, atividades físicas e perda e/ou ganho de peso;
- 7.6. a médica e/ou a sua equipe, **não podem garantir resultado específico**, pois cada organismo se comporta de maneira diferente quando submetido a tais procedimentos. Mas se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 7.7. a anestesia é feita por anestesista autônomo, sendo o seu ato médico totalmente destacada do médico cirurgião.

---

acordo do paciente

## 8. PARA QUE O PROCEDIMENTO SEJA OTIMIZADO, ME FOI SOLICITADO E INFORMADO QUE DEVO:

8.1 no dia do procedimento comparecer com a área ser tratada sem excesso de pelos, para não dificultar a identificação dos vasinhos;

8.2 evitar exposição solar da área tratada após o procedimento enquanto houver equimose (roxo);

8.3 fazer uso de filtro solar, mesmo que sem exposição solar;

8.4 não realizar bronzamento artificial;

8.5 fazer uso de hidratantes na área tratada;

8.6 retornar após o procedimento para controle e retornos conforme estabelecidos no plano de tratamento;

8.7 contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente



### SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário, para discussão do caso clínico com outros colegas médicos, para fins de pesquisa acadêmica, publicações, cursos, palestras e congressos médicos necessários.

**Durante a consulta e atendimento pela recepção houve a coleta de dados pessoais (CPF, Nome, Telefone, E-mail, Endereço e Informações sobre saúde e hábitos) para questões fiscais e a condução médica adequada. Os dados serão armazenados e preservados por período indeterminado e compartilhados com terceiros, somente quando indispensável para a continuidade ou adequação do tratamento.**

Os pacientes, a qualquer momento, poderão: (i) ter acesso às informações cadastradas, (ii) solicitar a atualização ou correção dos seus dados; (iii) solicitar a eliminação de dados que não impactem o histórico de atendimento médico bem como, a total ou parcial, revogação deste consentimento, **mediante termo de solicitação**, nos termos da Lei.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente

**Declaro que li a integralidade do conteúdo deste termo**, concomitante à explicação verbal da equipe médica e que tive a oportunidade de sanar toda e qualquer dúvida relativa ao procedimento ao qual, voluntariamente, irei me submeter. Assim, dou o meu consentimento à equipe médica para realizar os procedimentos necessários me comprometendo a seguir todas as orientações médicas.

**Importante:** em caso de dúvidas, esclarecimentos, desconfortos, ou efeitos não esperados recomenda-se o contato imediato com a equipe médica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente:  
CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dr.(a):  
CRM/\_\_\_\_\_