

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

ESCLEROTERAPIA POR ESPUMA



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:

O procedimento é realizado pela punção, com uma pequena agulha, guiada por ultrassom, de uma solução chamada Polidocanol nos vasos doentes. A reação causa irritação da parede do vaso e conseqüente obstrução, diminuindo, portanto, o tamanho do vaso ou até mesmo o seu desaparecimento.

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. há relatos descritos na literatura médica de sintomas de derrame cerebral (acidente vascular cerebral isquêmico) após a injeção de espuma.

acordo do paciente

2. TODO PROCEDIMENTO MÉDICO TEM RISCOS DE COMPLICAÇÕES. AO REALIZAR A ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA, HÁ RISCO DE SURTIREM:

2.1



precoce e/ou tardiamente, inchaço, hematomas, formação de pequenas bolhas, manchas na pele, trombose venosa, tromboflebite, embolia pulmonar, reação alérgica, formação de feridas de difícil cicatrização, hiperpigmentação local e ardência na região.

2.2



Infecções, "matting" (formação de novas áreas com microvasos ou acentuação deles), escotoma (perda total ou parcial da capacidade de visão de uma região do campo visual).

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;

3.2



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;

4.3 consumo de bebida alcoólica, cigarros e
| contraceptivos orais, pois aumentam o risco
| de coágulos sanguíneos.

4.2 uso de medicamentos ou suplementos,
| como anti-inflamatórios (especialmente
| aspirina), anticoagulantes ou antibióticos
| para alergias;

acordo do paciente



5. ENTENDO 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. DECLARO AINDA:

- 6.1. 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 número de ciclos de tratamento que será determinado pelo médico ao longo do tratamento ou previamente;
- 6.2. 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;
- 6.3. o aparecimento de novas varizes ou vasinhos faz parte da doença e tem chances de ocorrer novamente, independentemente do tratamento utilizado;
- 6.4. 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;
- 6.5. 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;
- 6.6. 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.

acordo do paciente

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

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

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

7.3 não realizar bronzamento artificial;

7.4 fazer uso de hidratantes na área tratada;

7.5 evitar o consumo excessivo de açúcar, glúten, lactose e gorduras saturadas. A alimentação impacta diretamente no resultado do tratamento médico;

7.6 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/____