



ETIQUETA DO UTENTE	
N.º de Processo/SNS:	_____
Nome:	_____
Data de Nascimento:	___/___/_____

1. Descrição da situação clínica: Tratamento endovascular (embolização) de epistáxis. O(a) utente apresenta epistáxis (hemorragia nasal) importante ou recorrente, com episódios de hemorragia que não se controlam ou que recidivam apesar das medidas habituais (compressão, tamponamento nasal, cauterização local ou medicação). O tratamento endovascular com embolização é proposto com o objetivo de controlar a hemorragia nasal, ocluindo seletivamente os vasos responsáveis pelo sangramento.

2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo: O tratamento endovascular é realizado numa sala de angiografia, geralmente sob anestesia local com sedação ou, em alguns casos, sob anestesia geral. Um cateter é introduzido através de uma artéria (habitualmente femoral na virilha ou, em alternativa, radial no punho) e guiado, sob controlo fluoroscópico (raios X), até às artérias que irrigam a cavidade nasal (por exemplo, ramos da artéria maxilar interna ou da artéria facial). Através deste cateter são avançados microcateteres até aos vasos responsáveis pela hemorragia, e são então injetados agentes de embolização (partículas, coils, cola acrílica ou outros materiais) para ocluir de forma seletiva o fluxo sanguíneo nesses ramos, com o objetivo de interromper o sangramento. Durante todo o procedimento é utilizado contraste iodado para orientação e monitorização em tempo real. No final, os cateteres são removidos, é aplicada compressão ou um dispositivo de encerramento no local de punção, e o(a) utente permanece em vigilância clínica e hemodinâmica.

3. Benefícios: A embolização visa controlar ou reduzir de forma significativa a hemorragia nasal, permitindo remover tamponamentos, diminuir o desconforto, reduzir o risco de nova perda sanguínea importante e evitar cirurgias mais extensas. Em muitos casos, o procedimento permite estabilizar o(a) utente de forma rápida, diminuir a necessidade de transfusões e encurtar o tempo de internamento. Em situações de causa tumoral ou malformações vasculares, a embolização pode ainda facilitar tratamento cirúrgico ou radioterápico subsequente.

4. Riscos graves e riscos frequentes associados ao procedimento: Todos os procedimentos cirúrgicos e endovasculares comportam riscos inerentes, estimados em 1-3%) que podem incluir morbidade e mortalidade. As possíveis complicações da embolização de epistáxis incluem: Hemorragia ou hematoma no local de punção arterial, por vezes exigindo transfusão ou intervenção cirúrgica. Dissecção, perfuração ou lesão das artérias de acesso ou dos vasos embolizados, podendo ocasionar oclusão vascular, isquemia ou hemorragia local. Isquemia de tecidos irrigados pelos vasos embolizados, podendo causar dor, necrose ou ulceração da mucosa nasal, do palato ou da pele da face. Déficits neurológicos decorrentes de embolização não intencional para vasos intracranianos, incluindo AVC isquémico ou hemorrágico, com possíveis sequelas permanentes. Alterações visuais (visão turva, perda parcial ou total da visão) se houver embolização inadvertida de ramos que comunicam com a artéria oftálmica. Paralisia de nervos cranianos (por exemplo, alterações da mímica facial, da sensibilidade da face, da motricidade ocular, da mastigação ou da deglutição), que podem ser temporárias ou permanentes, dependendo do território afetado. Dor facial ou cefaleia, habitualmente transitórias, associadas ao procedimento. Reações alérgicas ao contraste iodado; alteração transitória ou permanente da função renal. Complicações vasculares de acesso, incluindo pseudoaneurisma, fístula artério-venosa ou oclusão da artéria de acesso. A anestesia e sedação podem causar descida ou subida da tensão arterial, alterações do ritmo cardíaco ou da respiração, náuseas, vômitos ou reações alérgicas.

5. Atos/intervenções alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas: Medidas locais conservadoras (compressão, aplicação de gelo, entre outras). Tamponamento nasal anterior e/ou posterior, com ou sem cauterização química ou elétrica. Cirurgia otorrinolaringológica.

6. Riscos da não realização do tratamento: Sem embolização, em casos de epistáxis grave ou recorrente, pode manter-se o risco de novos episódios de hemorragia abundante, com possibilidade de instabilidade hemodinâmica, necessidade de transfusões repetidas, internamentos prolongados e maior probabilidade de intervenção cirúrgica de urgência.

*Informação mais detalhada está disponível nos folhetos informativo e no sítio da ULSLO
(<https://www.chlo.min.saude.pt/index.php/centros-de-referencia/neurorradiologia-de-intervencao>)*

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e compreensível, os procedimentos necessários ao ato/intervenção referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde _____	Assinatura _____
Data ___ / ___ / _____	Contacto institucional _____
	N.º céd. profissional ou n.º mec. _____



Este documento é feito em duas vias originais (uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente).

Ao utente/representante legal:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, por favor assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não serei prejudicado nos meus direitos assistenciais se recusar esta solicitação e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Declaro que me foi entregue, em mão, um duplicado do presente documento de consentimento informado, em suporte físico, devidamente assinado por mim e pelo profissional de saúde responsável.

Dou o meu consentimento para que naqueles atos médicos participem e assistam outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos em período formativo.

Autorizo/Não autorizo (*riscar o que não interessa*) o ato/intervenção indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Dou o meu consentimento para que naqueles atos médicos participem e assistam outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos em período formativo.

Autorizo/Não autorizo (*riscar o que não interessa*) o registo fotográfico ou filmado e a sua utilização, assim como de outra documentação, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados, para fins de investigação científica ou de ensino, após devidamente anonimizados e autorizados, de acordo com o tipo de Estudo, por um ou vários dos seguintes Órgãos: Direção do Serviço, Coordenação da Unidade Funcional, Comissão de Ética em Saúde e Serviço de Inovação e Investigação Clínica da ULSLO.

Nome Data / / Assinatura

Se não for o próprio a assinar por idade ou incapacidade, este documento deve ser assinado abaixo por representante legal (ressalva-se que no caso de menor com 16 ou mais anos e capacidade para compreender a informação transmitida, este documento deve ser igualmente assinado pelo próprio após a secção autorizo/não autorizo).

Nome N.º Doc. Identificação Validade / /

Parentesco ou tipo de representação Assinatura

Este documento é feito em duas vias originais (uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente).