



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

**1. Descrição da situação clínica: Tratamento percutâneo esclerosante de Malformações Vasculares da cabeça e pescoço.** O(a) utente apresenta uma malformação vascular da cabeça e/ou pescoço, de natureza venosa, linfática ou veno-linfática. Estas lesões correspondem a malformações estruturais congénitas dos vasos, que podem aumentar de volume e provocar deformidade estética, dor, edema, episódios de inflamação ou infeção, hemorragia, limitação funcional.

**2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:** O tratamento é proposto com o objetivo de reduzir o seu volume, aliviar sintomas e melhorar a função e o aspeto local. O tratamento é realizado em sala de angiografia / tomografia computadorizada, sob controlo de imagem, geralmente com anestesia local ou, em casos selecionados (crianças, lesões extensas ou localizações sensíveis), sob sedação / anestesia geral. A lesão é puncionada diretamente através da pele com agulhas finas, confirmando se a posição correta no interior dos espaços venosos ou linfáticos por aspiração e/ou injeção de contraste. De seguida, é injetado um agente esclerosante podendo ser utilizados, em regime "off label", fármacos, como a bleomicina ou a doxiciclina, de acordo com protocolos institucionais e avaliação individual do caso. Podem ser necessárias várias sessões de tratamento em momentos diferentes, consoante a dimensão e a resposta da lesão.

**3. Benefícios:** O objetivo do tratamento é reduzir de forma progressiva o volume da malformação e os sintomas associados (dor, edema, episódios inflamatórios, hemorragias), melhorar o contorno estético e a função das estruturas envolvidas. Em muitos casos, o procedimento permite evitar ou reduzir a extensão de cirurgias abertas complexas.

**4. Riscos graves e riscos frequentes associados ao procedimento:** Todos os procedimentos invasivos comportam riscos inerentes, que podem incluir morbidade em cerca de 1-3% dos casos. As possíveis complicações incluem: Dor e edema local podendo necessitar de analgesia e medidas de suporte. Formação de bolhas, crostas ou ulceração local, descoloração ou escurecimento da pele sobrejacente. Necrose cutânea ou de tecidos subcutâneos, podendo requerer cuidados de ferida prolongados ou, raramente, tratamento cirúrgico reconstrutivo. Infeção local ou celulite, podendo evoluir para abscesso e necessitar de antibioterapia e eventual drenagem. Trombose venosa localizada. Lesão de estruturas vizinhas (nervos, músculos, glândulas salivares, dentes, mucosa oral ou vias aéreas), podendo originar parestesias, paralisia de nervos. Reações sistémicas ao agente esclerosante. As reações de hipersensibilidade graves são raras (brôncoespasmo, hipotensão e anafilaxia). No caso de utilização de fármacos "off label" (como bleomicina ou doxiciclina), existe risco teórico de efeitos sistémicos adicionais, como toxicidade pulmonar (fibrose) com doses cumulativas elevadas de bleomicina. Compromisso agudo das vias aéreas por edema.

**5. Atos/intervenções alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas:** Observação clínica com tratamento sintomático. Cirurgia aberta para ressecção parcial ou total da malformação. Laser, radiofrequência ou outras técnicas locais). Terapêuticas farmacológicas sistémicas específicas, quando indicadas em determinados tipos de malformação ou síndromes associadas.

**6. Riscos da não realização do tratamento:** Sem tratamento percutâneo esclerosante (ou outra forma de intervenção), a malformação pode manter o seu volume ou aumentar progressivamente, com agravamento de deformidade estética, dor, edema e limitação funcional.

*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.

**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).*