



ETIQUETA DO UTENTE

N.º de Processo/SNS: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Descrição da situação clínica:

Dacriocistografia / Sialografia. O(a) utente apresenta obstrução da via lacrimal ou de um ducto salivar, sendo necessário definir a localização e a extensão da oclusão. Para tal, é realizado um estudo radiológico com injeção de meio de contraste iodado nos canais das respetivas vias (lacrimais ou salivares).

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

Trata-se de um exame realizado em regime de ambulatório. É introduzido um cateter percutâneo através do orifício da respetiva via (canalículos lacrimais, no caso da dacriocistografia, ou orifício de drenagem do ducto salivar, no caso da sialografia). É injetado meio de contraste iodado e são adquiridas imagens radiográficas por subtração digital, com o objetivo de mapear as respetivas vias. No final do procedimento, o cateter é removido e o(a) utente tem alta, sem necessidade de vigilância ou recobro.

Benefícios:

É um método de diagnóstico com elevada acuidade para o estudo das vias lacrimais e salivares, permitindo identificar o local da obstrução e definir a estratégia terapêutica mais adequada.

Riscos graves e riscos frequentes associados ao ato/intervenção:

Todos os procedimentos invasivos comportam riscos, embora estes exames apresentem baixo risco de complicações. Entre as possíveis complicações incluem-se: extravasamento do meio de contraste para o órgão-alvo e estruturas adjacentes, o que pode causar inflamação local, eritema, edema e, raramente, granuloma por corpo estranho persistente; traumatismo iatrogénico no local da cateterização, com perfuração ou criação de trajeto falso; e infeção. Trata-se igualmente de um exame com exposição a radiação ionizante, envolvendo o órgão-alvo e estruturas adjacentes, nomeadamente os cristalinos, com dose média estimada entre 0,04 e 0,2 mSv. Raramente podem ocorrer reações de hipersensibilidade ao meio de contraste iodado, ainda que estas sejam pouco frequentes com aplicação local.

Atos/intervenções alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas:

As alternativas incluem a realização de dacriocistografia/sialografia por ressonância magnética, que apresenta menor acuidade diagnóstica.

Riscos de não realização do tratamento:

Ausência de diagnóstico, com impossibilidade de instituir o tratamento adequado.

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

Confirmo 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 de imagens, 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).