



Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

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

1. Descrição da situação clínica: Tratamento / cirurgia endovascular de Aneurisma Intracraniano: O(a) utente tem um aneurisma intracraniano, que corresponde a uma fraqueza ou dilatação de um vaso sanguíneo no cérebro e que pode romper e causar hemorragia, ou voltar a sangrar se já tiver rompido. O tratamento endovascular é proposto para reduzir este risco, tratando o aneurisma pelo interior dos vasos sanguíneos.

2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo: O tratamento endovascular é uma cirurgia minimamente invasiva realizado numa sala de angiografia, habitualmente sob anestesia geral. É introduzido um cateter através de uma artéria na virilha ou no punho e guiado por raios X até aos vasos cerebrais; através deste, microcateteres mais finos são avançados para o interior ou proximidade do aneurisma, sendo então colocados dispositivos como coils, balões, stents ou flow diverters para interromper o fluxo de sangue para o aneurisma ou reconstruir a artéria onde este se insere. Injeta-se contraste iodado para orientar o procedimento. No final, todos os cateteres são removidos, aplica se pressão ou um dispositivo de encerramento no local de punção e é realizada vigilância clínica apertada durante várias horas.

3. Benefícios: É um tratamento eficaz para muitos aneurismas rotos e não rotos. Reduz o risco de nova hemorragia a partir de um aneurisma roto e diminui o risco de rotura a longo prazo em determinados aneurismas não rotos, tendo em conta o tamanho, localização, forma do aneurisma e os seus fatores de risco individuais. Em doentes adequados pode oferecer maior probabilidade de sobrevivência sem incapacidade grave do que a cirurgia aberta (neurocirurgia).

4. Riscos graves e riscos frequentes associados ao ato/intervenção: Todos os procedimentos cirúrgicos comportam risco. Globalmente, as complicações relacionadas com o procedimento ocorrem numa minoria de doentes (5-7% apx) e podem incluir: hemorragia ou hematoma no local de punção; lesão arterial podendo exigir tratamento adicional; formação de trombos ou oclusão de vasos associada a cateteres ou dispositivos, causando acidente isquémico transitório ou AVC com défices neurológicos temporários ou permanentes; rotura ou rerotura do aneurisma durante o procedimento, com novo sangramento cerebral, potencialmente associado a incapacidade grave ou morte; reações alérgicas ao contraste; alteração transitória ou permanente da função renal; e complicações da terapêutica antiplaquetária, como aumento do risco de hemorragia sistémica. A anestesia e sedação podem causar descida da tensão arterial, alterações da frequência cardíaca ou da respiração, náuseas ou reações alérgicas. Complicações gerais da hemorragia subaracnoideia (vasoespasmos, isquemia tardia, hidrocefalia, crises epiléticas, infeção, trombose) podem ocorrer independentemente do tipo de tratamento. O seu risco individual pode ser superior se tiver doença vascular significativa, AVC ou AIT prévios, idade avançada, compromisso da função renal, outras doenças graves, ou em aneurisma volumoso/complexo.

5. Atos/Intervenções alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas: As alternativas incluem o clipagem neurocirúrgica do aneurisma, a vigilância clínica e imagiológica periódica ou, em casos selecionados, a ausência de intervenção ativa.

6. Riscos de não realização do tratamento: Nos aneurismas rotos, deixar o aneurisma sem tratamento comporta elevado risco de rehemorragia e mau prognóstico, sendo o tratamento do aneurisma considerado uma urgência. Nos aneurismas não rotos, o risco de rotura é variável, mas pode ser significativo ao longo do tempo e resultar em hemorragia súbita, potencialmente fatal ou incapacidade permanente.

*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).