



ETIQUETA DO UTENTE

N.º de Processo/SNS: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Descrição da situação clínica: Mielografia / Cisternografia por subtração digital / tomografia computadorizada

1. Descrição da situação clínica: O(a) utente apresenta uma situação clínica que exige o estudo detalhado do canal vertebral, do saco tecal, das raízes nervosas e/ou da dinâmica do líquido cefalorraquidiano intracraniano e/ou raquidiano, não tendo sido possível, com os exames já realizados, obter informação diagnóstica suficiente para esclarecimento do quadro clínico e definição da melhor orientação terapêutica.

A mielografia / cisternografia é um exame radiológico invasivo que permite a opacificação do espaço subaracnoideu mediante injeção de contraste iodado por punção lombar, possibilitando a avaliação anatómica por radiografia e/ou tomografia computadorizada.

2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo: Trata-se de um procedimento invasivo, habitualmente realizado em regime de ambulatorio, sob condições de assepsia e vigilância clínica adequadas. É efetuada uma punção lombar com introdução de agulha no espaço subaracnoideu, através da qual é administrado contraste iodado intratecal. Após a administração do contraste, são adquiridas imagens por fluoroscopia/radiografia/tomografia computadorizada, podendo ser necessário mobilizar o(a) utente ou alterar o seu posicionamento para promover a adequada distribuição do contraste. O objetivo do exame é identificar alterações do canal vertebral e das estruturas nervosas, nomeadamente estenoses, hérnias disciais, compressões radiculares, bloqueios do fluxo liquórico, fístulas de líquido cefalorraquidiano, lesões expansivas ou outras alterações estruturais relevantes.

3. Benefícios: A mielografia permite obter informação anatómica e funcional relevante quando outros exames, nomeadamente a ressonância magnética, são insuficientes, inconclusivos ou não podem ser realizados. Este exame pode contribuir para o esclarecimento diagnóstico, para a definição da necessidade de tratamento cirúrgico ou conservador e para o planeamento técnico de eventual intervenção posterior.

4. Riscos graves e riscos frequentes associados ao ato/intervenção: Todos os procedimentos invasivos comportam riscos, embora a mielografia seja geralmente considerada segura quando executada com técnica adequada e seleção clínica apropriada. As complicações mais frequentes, ocorrem em cerca de 2-5% dos examinados e incluem cefaleia após punção dural, dor lombar no local da punção, náuseas, vômitos, mal-estar transitório e reação vasovagal. Podem ainda ocorrer punção traumática, hemorragia local, hematoma, dificuldade técnica, falha do procedimento ou exame não diagnóstico, podendo em alguns casos ser necessária repetição do exame. As complicações raras, mas potencialmente graves, incluem infeção, meningite, reação de hipersensibilidade ao contraste iodado, convulsões, agravamento transitório de sintomas neurológicos e complicações hemorrágicas, sobretudo em doentes com coagulopatia ou sob terapêutica anticoagulante/antiagregante. Sendo um procedimento guiado por tomografia computadorizada, existe também exposição a radiação ionizante, cuja magnitude depende da região anatómica estudada e do número de aquisições necessárias. A exposição médica à radiação é justificada pelo benefício esperado do procedimento, devendo a dose ser mantida tão baixa quanto razoavelmente possível.

5. Atos/intervenções alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas: As alternativas dependem da situação clínica e podem incluir ressonância magnética, tomografia computadorizada convencional, vigilância clínica e imagiológica ou outros estudos dirigidos, conforme a suspeita diagnóstica. Em muitos contextos, a ressonância magnética é o exame de primeira linha; contudo, a mielografia pode ser a opção mais adequada quando a ressonância magnética é contraindicada, insuficiente ou tecnicamente limitada.

6. Riscos da não realização do tratamento/procedimento: A não realização do exame pode impedir ou atrasar o diagnóstico correto, comprometer a identificação do nível e mecanismo de compressão ou fuga liquórica e dificultar a escolha do tratamento mais adequado. Tal pode traduzir-se em persistência ou agravamento dos sintomas, atraso terapêutico e manutenção de incerteza diagnóstica com eventual impacto funcional e neurológico.

Informação útil adicional para complementar o consentimento: O(a) utente declara ter sido questionado(a) e compromete-se a informar a equipa clínica sobre as seguintes situações: Gravidez ou possibilidade de gravidez. Alergia ou reação prévia a contraste iodado. Antecedentes de convulsões. Alterações da coagulação, terapêutica anticoagulante ou antiagregante. Infeção local ou sistémica em curso. Cirurgia prévia na região lombar ou outras condições relevantes.

O exame é, em regra, realizado em regime ambulatorio ou de hospital de dia, podendo o(a) utente regressar a casa no próprio dia, após vigilância clínica adequada. Após o procedimento, poderá ser necessário período de observação para deteção precoce de complicações, nomeadamente hemorragia, dor ou outras intercorrências. Em algumas situações, o médico pode considerar necessário ajustar medicação, nomeadamente terapêutica antiagregante ou anticoagulante, consoante o risco hemorrágico e o tipo de biópsia a realizar.

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



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 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).