



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 Malformações (MAV) ou Fístulas (FAV) artério-venosas intracranianas ou raquidianas: O(a) utente apresenta uma MAV/FAV que consiste numa ligação anómala entre artérias e veias, sem a presença normal da rede capilar intermédia, provocando um aumento do fluxo e da pressão sanguínea, podendo causar hemorragia cerebral ou medular, crises epiléticas, défices neurológicos progressivos ou isquemia por congestão venosa.

2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo: O tratamento endovascular é realizado numa sala de angiografia, geralmente sob anestesia geral. Os cateteres são introduzidos numa artéria e/ou veia e guiados, sob controlo por raios X, até aos vasos cerebrais ou raquidianos. Através destes cateteres, microcateteres mais finos são avançados até às artérias / veias da MAV/FAV. São então injetados/implantados agentes embólicos (como EVHO, cola nBCA, coils ou partículas) para ocluir o fluxo sanguíneo anómalo e alcançar a oclusão total ou parcial da lesão. Durante o procedimento é utilizado contraste iodado para orientação e monitorização. No final, os cateteres são removidos, é aplicada compressão ou um dispositivo de encerramento no local de punção, e o(a) utente é sujeito(a) a vigilância clínica.

3. Benefícios: Este tratamento visa reduzir o risco de hemorragia ou rehemorragia, melhorar ou estabilizar a função neurológica e, em alguns casos selecionados, alcançar a cura completa da malformação ou fístula, ou redução das dimensões para posterior tratamento neurocirúrgico e/ou radiocirurgia. Em certos casos, pode ser necessária uma embolização parcial ou faseada, em múltiplas sessões para reduzir o fluxo e aumentar a segurança antes do tratamento definitivo.

4. Riscos graves e riscos frequentes associados ao procedimento: Todos os procedimentos cirúrgicos comportam riscos inerentes. Globalmente, as complicações relacionadas com o tratamento ocorrem em cerca de 5–10% dos doentes e podem incluir morbidade e mortalidade. As complicações possíveis incluem: hemorragia ou hematoma no local de punção; perfuração arterial ou lesão vascular necessitando de tratamento adicional; AVC isquémico devido a tromboembolismo ou oclusão inadvertida de vasos normais, resultando em défices neurológicos temporários ou permanentes; hemorragia por rutura da malformação ou fístula durante ou após a embolização, potencialmente associada a incapacidade grave ou morte; reações alérgicas ao contraste iodado; alteração transitória ou permanente da função renal; e hemorragia sistémica relacionada com terapêutica antiplaquetária ou anticoagulante. A anestesia e sedação podem causar descida da tensão arterial, alterações do ritmo cardíaco ou da respiração, náuseas ou reações alérgicas. Dependendo da localização e dimensão da lesão, os riscos podem incluir paralisia, défices sensoriais ou da fala, perda visual, declínio cognitivo ou outras alterações neurológicas. O risco individual pode ser superior em casos de hemorragia prévia, lesões de elevado fluxo ou complexas, drenagem venosa extensa, idade avançada ou presença de comorbilidades significativas.

5. Atos/intervenções alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas: As alternativas incluem a ressecção microcirúrgica, a radiocirurgia ou abordagens combinadas em vários tempos (embolização seguida de cirurgia ou radiocirurgia). A vigilância clínica e imagiológica pode ser adequada em lesões selecionadas, especialmente quando o risco do tratamento é elevado ou em casos clinicamente estáveis e minimamente sintomáticos.

6. Riscos da não realização do tratamento:

Sem tratamento, a lesão pode persistir ou progredir, mantendo o risco de hemorragia ou de agravamento neurológico. Nas MAV/FAV intracranianas, o risco anual de hemorragia varia entre 1–9% por ano, e nas lesões raquidianas o risco de deterioração neurológica progressiva por congestão venosa / hemorragia pode ser significativo. Um episódio hemorrágico pode causar lesão cerebral ou medular súbita, potencialmente resultando em incapacidade permanente ou morte.

*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).