



Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

ETIQUETA DO UTENTE

N.º de Processo/SNS: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

1. Descrição da situação clínica: Tratamento endovascular (embolização) das artérias meníngeas médias (AMM) em doentes com hematoma subdural. O(a) utente apresenta um hematoma subdural (habitualmente crónico ou subagudo), que corresponde a uma coleção de sangue entre a dura-máter e a superfície do cérebro. Em alguns casos, o hematoma pode recidivar ou aumentar de volume mesmo após drenagem cirúrgica, exigindo novas intervenções. A embolização das AMM é proposta como tratamento complementar ou alternativo à cirurgia convencional, para reduzir o aporte sanguíneo às meninges, promovendo a reabsorção do hematoma e diminuir o risco de recorrência.

2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo: O tratamento endovascular é realizado numa sala de angiografia, geralmente sob anestesia local com sedação ou, conforme o caso, sob anestesia geral. Um cateter é introduzido através de uma artéria (habitualmente femoral na virilha ou radial no punho) e guiado, sob controlo fluoroscópico (raios X), até à artéria carótida externa. A partir daí, microcateteres mais finos são avançados seletivamente até às AMM que irrigam as membranas do hematoma subdural. São então injetados agentes de embolização (partículas, cola acrílica ou outros materiais líquidos) para ocluir de forma controlada estes ramos, com o objetivo de reduzir o fluxo sanguíneo para o hematoma e favorecer a sua estabilização e resolução progressiva. Durante o procedimento é utilizado contraste iodado para orientação e monitorização em tempo real. No final, os cateteres são removidos, é aplicada compressão ou um dispositivo de encerramento no local de punção, e o(a) utente permanece em vigilância clínica e neurológica.

3. Benefícios: A embolização das AMM procura diminuir a probabilidade de progressão e/ou recorrência do hematoma subdural e reduzir a necessidade de novas cirurgias de drenagem. Em doentes selecionados, o procedimento pode ser utilizado em associação à drenagem cirúrgica ou como opção menos invasiva em doentes de alto risco cirúrgico, contribuindo para a melhoria gradual dos sintomas neurológicos e para uma recuperação funcional mais estável. Em muitos casos, permite encurtar o tempo de internamento e reduzir o número de reintervenções.

4. Riscos graves e riscos frequentes associados ao procedimento: Todos os procedimentos cirúrgicos e endovasculares comportam riscos inerentes, estimados entre 1-3%, que podem incluir morbidade e mortalidade. As possíveis complicações da embolização das artérias meníngeas médias incluem: Hemorragia ou hematoma no local de punção arterial, ocasionalmente exigindo transfusão ou intervenção cirúrgica. Dissecção, perfuração ou lesão das artérias de acesso ou dos ramos meníngeos, podendo ocasionar oclusão vascular, isquemia ou hemorragia intracraniana. AVC isquémico em território cerebral devido a embolização não intencional para ramos intracranianos, com défices neurológicos temporários ou permanentes. Hemorragia intracraniana (agravamento do hematoma ou novo sangramento), potencialmente associada a deterioração neurológica, incapacidade grave ou morte. Isquemia de nervos cranianos, incluindo dos nervos ópticos, e retinas, irrigadas por ramos da artéria meníngea média ou por anastomoses arteriais, podendo causar dor local, parestesia ou paralisia de nervos cranianos (por exemplo, alterações da motricidade ocular, da sensibilidade facial, da audição ou da mastigação), que podem ser temporárias ou definitivas. Cefaleia ou dor local transitória associada ao procedimento. Reações alérgicas ao contraste iodado; alteração transitória ou permanente da função renal. Complicações vasculares de acesso, incluindo pseudoaneurisma, fístula artério-venosa ou oclusão da artéria de acesso. A anestesia e sedação podem causar descida ou subida da tensão arterial, alterações do ritmo cardíaco ou da respiração, náuseas, vômitos ou reações alérgicas.

5. Atos/intervenções alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas: Observação clínica e imagiológica com tratamento médico otimizado. Drenagem cirúrgica do hematoma (por exemplo, orifícios de trépano ou craniotomia), isolada ou repetida, sem embolização associada.

6. Riscos da não realização do tratamento: Sem embolização das AMM, o hematoma subdural pode manter a tendência à recorrência ou progressão, mesmo após drenagem cirúrgica, com necessidade de novas intervenções. A persistência ou aumento do hematoma pode levar a agravamento dos sintomas neurológicos, maior risco de dependência funcional e necessidade de cuidados prolongados. Em casos graves, a progressão do hematoma subdural pode causar compressão significativa do cérebro, herniação e risco de 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>)*

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 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).