



ETIQUETA DO UTENTE

N.º de Processo/SNS: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

1. Descrição da situação clínica: Tratamento endovascular (embolização) para desvascularização pré-cirúrgica ou paliativa de Tumores. O(a) utente apresenta um tumor hipervascularizado localizado na região cervical, cranioencefálica e/ou raquidiana.

2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo: O tratamento endovascular com embolização é proposto com o objetivo de reduzir o aporte sanguíneo tumoral antes da cirurgia (desvascularização pré-operatória) e/ou, em contexto paliativo, diminuir o fluxo sanguíneo do tumoral, atenuando sintomas e o risco de hemorragia e/ou crescimento. O tratamento endovascular é realizado numa sala de angiografia, sob anestesia geral ou sedação consciente. Um cateter é introduzido através de uma artéria (geralmente femoral na virilha ou radial no punho) e guiado, sob controlo fluoroscópico (raios X), até às artérias que irrigam o tumor da cabeça, pescoço ou coluna. Através deste cateter, são avançados microcateteres até aos ramos arteriais tumorais, onde são injetados agentes de embolização (por exemplo, partículas, coils, cola acrílica ou outros agentes líquidos) para ocluir seletivamente os vasos que alimentam o tumor e reduzir o seu fluxo sanguíneo. Durante todo 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 neurológica e hemodinâmica.

3. Benefícios: A embolização tumoral visa reduzir a vascularização e a hemorragia intraoperatória, facilitando a ressecção cirúrgica, diminuindo o tempo operatório e a necessidade de transfusões, e podendo contribuir para uma remoção mais completa e segura do tumor. Em contexto paliativo, o procedimento pode aliviar sintomas relacionados com o fluxo sanguíneo tumoral e contribuir para estabilização ou redução do crescimento tumoral. Em alguns casos, podem ser necessários procedimentos faseados ou complementares.

4. Riscos graves e riscos frequentes associados ao procedimento: Todos os procedimentos cirúrgicos e endovasculares comportam riscos inerentes, de cerca de 1-3%, que podem incluir morbidade e mortalidade. As possíveis complicações da embolização tumoral 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 vasos que irrigam o tumor, podendo ocasionar oclusão vascular, isquemia ou hemorragia local. Isquemia ou enfarte de estruturas nervosas adjacentes ao tumor (encéfalo, tronco cerebral, medula espinhal), resultando em novos défices neurológicos temporários ou permanentes. Paralisia de nervos cranianos podendo ser transitória ou definitiva, consoante o território embolizado e a anatomia vascular individual. Défices motores ou sensitivos de membros, alterações esfinterianas ou outros sinais de lesão medular em embolizações raquidianas. Dor local ou aumento transitório dos sintomas devido a edema inflamatório pós-embolização. Reações alérgicas ao contraste iodado; alteração transitória ou permanente da função renal. Complicações vasculares de acesso, incluindo pseudoaneurisma, fistula 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. O risco individual pode ser superior em doentes de idade avançada, com comorbilidades relevantes (por exemplo, doença cardíaca, insuficiência renal, diabetes), tumores extensos ou com anatomia vascular complexa e circulação colateral para estruturas nobres.

5. Atos/intervenções alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas: Cirurgia. Radioterapia ou radiocirurgia. Tratamento médico.

6. Riscos da não realização do tratamento: Sem embolização endovascular, o tumor mantém a sua vascularização habitual, o que pode dificultar a cirurgia, aumentar o risco de hemorragia intra e pós-operatória, prolongar o tempo de intervenção e elevar a probabilidade de ressecção incompleta. Em contexto paliativo, a ausência de tratamento endovascular pode favorecer a progressão do tumor e a manutenção ou agravamento de sintomas. O crescimento tumoral não controlado pode conduzir a incapacidade neurológica grave 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>)*

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. _____



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).