



ETIQUETA DO UTENTE

N.º de Processo/SNS: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

1. Descrição da situação clínica: Tratamento (trombectomia) endovascular (TEV) no AVC: O(a) utente apresenta um AVC isquémico agudo, causado pela oclusão de uma artéria ccervical e/ou intracraniana por um trombo/êmbolo, o que impede a passagem de sangue para uma parte do cérebro e provoca défices neurológicos súbitos (por exemplo, fraqueza de um lado do corpo, dificuldade na fala, alterações visuais ou da sensibilidade). A TEV é proposta como tratamento de urgência para restaurar o fluxo sanguíneo cerebral para limitar a extensão do enfarte cerebral e reduzir o risco de incapacidade grave ou morte, em associação com a terapêutica médica otimizada.

2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo: O tratamento endovascular é realizado numa sala de angiografia, em contexto de emergência, sob anestesia geral ou sedação consciente. Um cateter é introduzido através de uma artéria (habitualmente femoral na virilha ou radial no punho) e guiado, sob controlo fluoroscópico (raios X), até às artérias intracranianas. Após identificação do vaso ocluído, é avançado um microcateter com dispositivos específicos (stent-retriever, cateter de aspiração ou combinação de ambos) até ao trombo, que é então removido mecanicamente, com o objetivo de reabrir a artéria. 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 internado(a) em Unidade de AVC / Cuidados Intensivos para vigilância neurológica e hemodinâmica.

3. Benefícios: Restaurar rapidamente o fluxo sanguíneo na artéria ocluída, limitando a área de cérebro lesada e aumentando a probabilidade de recuperação funcional. O intervenção está associada a significativa maior possibilidade de sobrevivência com menor grau de incapacidade, em comparação com tratamento médico isolado.

4. Riscos graves e riscos frequentes associados ao procedimento: Todos os procedimentos cirúrgicos e endovasculares comportam riscos inerentes. Globalmente, as complicações relacionadas com a trombectomia ocorrem numa minoria de doentes, de cerca de 3-7%, mas podem incluir morbidade e mortalidade. As possíveis complicações incluem: Hemorragia ou hematoma no local de punção, por vezes exigindo transfusão ou intervenção cirúrgica. Dissecção, perfuração ou lesão de artérias cervicais ou intracranianas, podendo ocasionar oclusão vascular ou hemorragia. Hemorragia intracraniana (transformação hemorrágica do enfarte ou hemorragia subaracnoideia/intraparenquimatosa) durante ou após o procedimento, potencialmente associada a agravamento neurológico, incapacidade grave ou morte. AVC isquémico em território adicional (por embolização distal ou para outros vasos), resultando em novos défices neurológicos temporários ou permanentes. 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, vómitos ou reações alérgicas. O risco individual pode ser superior em doentes de idade avançada, com comorbilidades relevantes (por exemplo, doença cardíaca, insuficiência renal, diabetes), em casos de grande extensão de enfarte já constituído ou anatomia vascular complexa.

5. Atos/intervenções alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas: As alternativas incluem: Tratamento médico otimizado isolado, com ou sem trombólise intravenosa (quando dentro da janela temporal e sem contraindicações) que não obtém a mesma taxa de sucesso clínico.

6. Riscos da não realização do tratamento: Sem trombectomia, mantendo-se a oclusão arterial, existe elevado risco de progressão do enfarte cerebral e de agravamento dos défices neurológicos. Mesmo com tratamento médico otimizado, muitos doentes com oclusão de grandes artérias podem evoluir para incapacidade grave, necessidade de cuidados de longa duração ou morte. A ausência de recanalização adequada aumenta a probabilidade de morte e de dependência funcional permanente (por exemplo, dificuldade em andar, falar, realizar atividades básicas de vida diária) e de complicações associadas à imobilização prolongada.

*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).