

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO VASCULAR

Paciente: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____	RG: _____

Responsável Legal: _____
CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

Procedimento proposto: _____

Fui devidamente informado(a) de que apresento uma condição vascular que pode acometer artérias, veias ou vasos linfáticos, podendo manifestar-se, entre outras formas, por dor, inchaço, varizes, feridas, alterações da circulação, risco de trombose, isquemia ou outras complicações. O procedimento vascular proposto tem como finalidade diagnosticar e/ou tratar essa condição, podendo ser indicado para melhorar o fluxo sanguíneo, corrigir alterações anatômicas, prevenir complicações, aliviar sintomas e preservar a função do membro ou órgão acometido. Fui esclarecido(a) de que a técnica poderá ser realizada por via aberta, endovascular/minimamente invasiva ou combinada, conforme avaliação médica e achados intraoperatórios.

Os benefícios esperados com a realização do procedimento incluem a melhora da circulação sanguínea, redução de sintomas como dor, edema, sensação de peso, cansaço ou feridas, prevenção da progressão da doença vascular e de suas complicações, como trombose, embolia, isquemia, necrose tecidual ou amputação, além da melhora da qualidade de vida. Também pode haver benefício estético e funcional, dependendo da patologia tratada, bem como confirmação diagnóstica em casos indicados.

Fui informado(a) de que, como todo procedimento médico ou cirúrgico, os procedimentos vasculares não são isentos de riscos. Entre as possíveis complicações estão sangramento, hematoma, infecção, dor, edema, trombose venosa ou arterial, embolia, lesão de nervos ou vasos adjacentes, alterações da sensibilidade, cicatrização inadequada, recorrência da doença vascular, falha do tratamento ou necessidade de novos procedimentos.

Quando houver utilização de contraste, cateteres, próteses, stents, enxertos ou outros materiais, podem ocorrer reações alérgicas, rejeição, deslocamento, obstrução, infecção do material implantado ou necessidade de substituição. Em casos raros, podem ocorrer complicações graves, como perda funcional do membro, amputação, eventos cardíacos ou óbito. Fui



esclarecido(a) de que a evolução clínica depende também de fatores individuais, como doenças associadas, adesão às orientações médicas e resposta do organismo.

Fui informado(a) sobre as possíveis alternativas ao procedimento proposto, incluindo tratamento clínico, medicamentoso, acompanhamento conservador ou outras técnicas disponíveis, bem como sobre os riscos e benefícios de cada opção. Tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e compreendi as consequências da não realização do procedimento indicado.

Declaro que recebi explicações claras, compreensíveis e suficientes sobre minha condição de saúde, o procedimento vascular proposto, suas indicações, benefícios, riscos, possíveis complicações e alternativas terapêuticas.

Declaro ainda que tive oportunidade de fazer perguntas, que todas foram respondidas de forma satisfatória, e que estou ciente de que não há garantia de resultados.

Assim, autorizo de forma livre e esclarecida a realização do procedimento vascular indicado, bem como dos atos médicos que se fizerem necessários durante sua execução, de acordo com a avaliação da equipe assistente.

Guanhães/MG, ____ de _____ de _____.:

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

Assinatura do Médico