

TCLE* – PROCEDIMENTOS RADIOLÓGICOS INTERVENCIONISTAS

*TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

FILIAÇÃO:

DATA:

Eu, acima identificado(a), declaro que fui informado(a) pela equipe médica quanto aos principais aspectos relacionados aos procedimentos radiológicos intervencionistas aos quais serei submetido(a), declarando ainda, para todos os fins legais, especialmente no disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90, que dou plena autorização ao(à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM sob o nº _____, a realizar os procedimentos indicados, incluindo outras condutas médicas necessárias conforme avaliação clínica, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

DIAGNÓSTICO / HIPÓTESE DIAGNÓSTICA / JUSTIFICATIVA TÉCNICA:

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO: Os procedimentos radiológicos intervencionistas são exames e tratamentos minimamente invasivos realizados com auxílio de métodos de imagem, com a finalidade de diagnosticar ou tratar alterações vasculares e outras condições clínicas, por meio da introdução de cateteres, fios-guia, dispositivos e medicamentos em vasos sanguíneos ou estruturas internas do corpo.

Podem incluir procedimentos diagnósticos, como:

Arteriografia por cateter
Flebografia direta ou indireta

Podem incluir procedimentos terapêuticos, como:

Embolização endovascular
Oclusão de sangramentos
Trombectomia mecânica
Angioplastia arterial ou venosa
Colocação de filtro de veia cava
Implante de endoprótese
Shunt transjugular intra-hepático portal (TIPS)
Injeção intra-arterial de medicação
Outros procedimentos intervencionistas indicados para o caso clínico.

OBJETIVO DO PROCEDIMENTO: O procedimento tem por objetivo auxiliar no diagnóstico e/ou tratamento de lesões ou alterações em vasos sanguíneos e outros órgãos, permitindo abordagem mais precisa, menos invasiva e, em muitos casos, substituindo ou complementando cirurgias convencionais.

BENEFÍCIOS ESPERADOS:

O procedimento pode contribuir para:

- esclarecimento diagnóstico mais preciso;
- definição ou execução do tratamento mais adequado;
- controle de sangramentos;
- tratamento de obstruções, aneurismas, malformações e outras alterações vasculares;
- redução da necessidade de cirurgia aberta, quando aplicável.

ALTERNATIVAS E CONSEQUÊNCIAS DA NÃO REALIZAÇÃO: Fui informado(a) de que podem existir alternativas diagnósticas e/ou terapêuticas, inclusive tratamento clínico, acompanhamento, outros exames ou procedimentos cirúrgicos, a depender do caso. Fui também esclarecido(a) de que a não realização do procedimento pode dificultar o diagnóstico correto, retardar o tratamento e favorecer a evolução da doença ou da condição clínica.

ORIENTAÇÕES SOBRE A REALIZAÇÃO: O procedimento será realizado por equipe especializada, em ambiente adequado, com monitorização clínica e uso de materiais e medicamentos específicos. Poderá haver necessidade de punção vascular, uso de contraste iodado, sedação e/ou anestesia, conforme avaliação médica e características do procedimento. Após o procedimento, poderá ser necessário repouso do membro puncionado por período determinado pela equipe assistencial.

USO DE CONTRASTE: Para a adequada visualização anatômica e melhor definição diagnóstica ou terapêutica, poderá ser necessária a utilização de contraste iodado. Fui informado(a) de que esse contraste é, em geral, seguro, mas pode causar sensações transitórias como calor no corpo, gosto metálico na boca e náuseas.

SEDAÇÃO / ANESTESIA: Quando necessário, o procedimento poderá ser realizado com sedação ou anestesia, inclusive geral, conforme indicação médica. Fui informado(a) de que procedimentos anestésicos também possuem riscos próprios, incluindo complicações respiratórias, cardiovasculares, neurológicas e, em situações raras, eventos graves ou fatais.

POSSÍVEIS RISCOS E COMPLICAÇÕES: Fui esclarecido(a) de que, embora o procedimento seja realizado com técnica e monitorização adequadas, podem ocorrer complicações, inclusive imprevisíveis, entre elas:

1. Reações ao contraste iodado, leves, moderadas ou graves, incluindo coceira, espirros, edema, broncoespasmo, queda de pressão, insuficiência renal, parada cardiorrespiratória e outras reações raras.
2. Exposição à radiação ionizante, com possibilidade de lesões cutâneas, radiodermite e queda localizada de cabelos, dependendo da dose e da sensibilidade individual.

3. Dor, náuseas, hematomas, sangramentos, perfuração vascular, trombose, embolia, dissecação arterial, formação de fístula arteriovenosa, infecção, insuficiência renal e necessidade de cirurgia urgente.
4. Complicações neurológicas, inclusive acidente vascular cerebral e sequelas temporárias ou permanentes.
5. Risco raro de óbito.
6. Podem existir riscos raros ou ainda não totalmente estabelecidos na literatura médica.

INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Mesmo com todas as medidas preventivas adotadas, existe risco de infecção relacionada à assistência à saúde, o qual deve ser considerado em qualquer procedimento invasivo.

DADOS PESSOAIS E PRONTUÁRIO: Declaro estar ciente de que meus dados pessoais e dados de saúde poderão ser coletados, registrados, utilizados e compartilhados entre setores do hospital, profissionais de saúde e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, exclusivamente para fins assistenciais, legais, regulatórios e de continuidade do cuidado, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018).

DECLARO AINDA QUE:

1. Recebi explicações claras e acessíveis sobre a natureza, os objetivos, benefícios, riscos, alternativas e limitações do procedimento.
2. Tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas, tendo recebido respostas satisfatórias.
3. Estou ciente de que outros exames, procedimentos ou tratamentos poderão ser necessários, conforme a evolução clínica e o julgamento técnico da equipe médica.
4. Estou ciente de que o procedimento não assegura garantia de diagnóstico definitivo, de cura ou de resultado específico.
5. Posso revogar este consentimento a qualquer momento antes do início do procedimento, desde que isso não implique risco imediato à minha saúde ou à minha vida.

Assim, de forma livre e esclarecida, autorizo a realização do procedimento proposto.

Franca, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO ASSISTENTE:

() Afirmo que expliquei ao paciente e/ou responsável o procedimento acima, seus objetivos, benefícios, riscos, alternativas e possíveis complicações, tendo respondido às perguntas formuladas, estando o paciente/responsável em condições de compreender o que lhe foi informado.

ASSINATURA DO MÉDICO (ASSISTENTE)

NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____

TCLE. 91 – ELABORADO: 16.01.2024 – REVISADO: 05.08.2026

SÃO JOAQUIM HOSPITAL E MATERNIDADE – RUA ABILIO COUTINHO Nº 331 – BAIRRO SÃO JOAQUIM – FRANCA SP – FONE (16) 3711-7777