

ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR



PUBLICAÇÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

CONSENTIMENTOS INFORMADOS EM ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

Porquê publicar os "consentimentos informados" em angiologia e cirurgia vascular?	S03
---	-----

CONSENTIMENTO INFORMADO POR PATOLOGIA

A. Doença Cerebrovascular e Troncos Supra-aórticos

A.1 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional Da Patologia Obstrutiva Dos Troncos Supra-Aórticos	S04
A.2 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional Da Patologia Obstrutiva Carotídea (Estenose Sintomática)	S07
A.3 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional Da Patologia Obstrutiva Carotídea (Estenose Assintomática)	S10
A.4 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Endovascular Da Patologia Obstrutiva Carotídea	S13

B. Dissecção da Aorta

B.1 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Úlcera Penetrante Da Aorta	S16
B.2 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Dissecção Da Aorta Do Tipo B	S19

C. Aneurismas da Aorta

C.1 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Aneurisma Do Arco Aórtico / Istmo Da Aorta Torácica	S22
C.2 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Traumatismo Do Istmo Aórtico	S25
C.3 Consentimento Informado Escrito Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma Da Aorta Toracoabdominal	S28
C.4 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma Da Aorta Abdominal Toracoabdominal IV	S31
C.5 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular Aneurisma Da Aorta Abdominal Justarenal/Toracoabdominal	S34
C.6 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma Da Aorta Abdominal Para-Renal	S37
C.7 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma Da Aorta Abdominal Justarenal	S40
C.8 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma Da Aorta Abdominal Inflamatório	S43
C.9 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma Da Aorta Abdominal Pós-Evar	S46
C.10 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Aneurisma Da Aorta Abdominal E/Ou Artéria Ilíaca	S49
C.11 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma Da Aorta Abdominal Em Rotura	S52

D. Aneurismas Viscerais

D.1 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma De Artéria Esplénica	S55
D.2 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma Da Artéria Mesentérica Superior / Tronco Celíaco	S58
D.3 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma De Artéria Hepática Comum	S61
D.4 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Aneurisma Da Artéria Mesentérica Superior/ Tronco Celíaco	S64
D.5 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma De Artéria Renal	S67
D.6 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Aneurisma Da Artéria Renal	S70

E. Doença Obstrutiva Visceral

E.1 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Doença Oclusiva Das Artérias Viscerais	S73
E.2 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Estenose/Oclusão Da Artéria Mesentérica Superior	S76
E.3 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Estenose Das Artérias Renais	S79

F. Aneurismas Periféricos

F.1 Consentimento Informado Escrito Para Cirurgia Convencional De Aneurisma Umeral	S82
F.2 Consentimento Informado Escrito Para Cirurgia Convencional De Aneurisma Femoral Comum	S85
F.3 Consentimento Informado Escrito Para Cirurgia Convencional De Aneurisma Poplíteo	S88
F.4 Consentimento Informado Escrito Para Exclusão Endovascular De Aneurisma Poplíteo	S91

G. Doença Arterial Obstrutiva Periférica

G.1 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Doença Obstrutiva Do Eixo Arterial Aorto-Ilíaco Com Recurso A <i>Bypass</i> Aorto-Bi-Femoral	S94
G.2 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Doença Obstrutiva Do Eixo Arterial Aorto-Ilíaco Com Recurso A <i>Bypass</i> Axilo-Femoral	S97
G.3 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Doença Obstrutiva Do Eixo Arterial Aorto-Ilíaco Com Recurso A <i>Bypass</i> Femoro-Femoral Cruzado	S100
G.4 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Doença Obstrutiva Do Eixo Arterial Aorto-Ilíaco Com Recurso A Angioplastia	S103
G.5 Consentimento Informado Escrito Para Arteriografia Diagnóstica	S106
G.6 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Doença Arterial Obstrutiva Periférica Do Membro Inferior Com Recurso A <i>Bypass</i> Femoro-Poplíteo	S109
G.7 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Doença Arterial Obstrutiva Periférica Do Membro Inferior Com Recurso A <i>Bypass</i> Femoro-Distal	S112
G.8 Consentimento Informado Escrito Tratamento Cirúrgico Endovascular De Doença Obstrutiva Do Sector Arterial Femoro-Poplíteo E/Ou Distal Com Recurso A Angioplastia	S115
G.9 Consentimento Informado Escrito Para Amputação De Dedos	S118
G.10 Consentimento Informado Escrito Para Amputação Perna/Coxa	S121

H. Patologia Venosa

H.1 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento TermoAblativo De Varizes	S124
H.2 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Varizes	S127
H.3 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Trombose Venosa Crónica Femoro-Ilíaco	S130
H.4 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Síndrome De Congestão Pélvico	S133
H.5 Consentimento Informado Escrito Para Colocação De Filtro Da Veia Cava	S136
H.6 Consentimento Informado Escrito Para Remoção De Filtro Da Veia Cava	S139

I. Doença Renal Crónica

I.1 Consentimento Informado Escrito Para Construção De Acesso Vascular Para Hemodiálise	S142
---	------

Porquê publicar os "Consentimentos Informados" em Angiologia e Cirurgia vascular?

Mariana Moutinho , Clara Nogueira , Alice Lopes , Marta Rodrigues , Rita Ferreira , Roger Rodrigues , Ana Gonçalves, Frederico Bastos Gonçalves , Gabriel Anacleto, Alexandra Canedo , Rui Machado , Luís Mendes Pedro 

As questões éticas da especialidade constituíram sempre uma preocupação da Sociedade Portuguesa Angiologia e Cirurgia Vascular traduzida, inclusivamente, na formação de um Núcleo de Ética Profissional.

A necessidade de conferir aos médicos o consentimento para as intervenções após o devido esclarecimento é uma aquisição relativamente recente. Por exemplo, os gregos achavam que a participação do doente na tomada de decisões médicas prejudicaria a relação de confiança no médico. De facto, o relacionamento médico-doente foi sendo, ao longo dos séculos, o suporte das intervenções terapêuticas uma vez que o seu alcance era limitado e a sua validação, tal como hoje a concebemos, era *inexistente*. Este padrão foi-se alterando progressivamente após a revolução científica do século XVII com o desenvolvimento do que viriam a ser os métodos científico e experimental modernos. Já no decurso da segunda metade do século XX surge a chamada medicina baseada na evidência com a definição de resultados clínicos testados pela moderna metodologia científica.

Este pensamento e forma de agir tornaram-se requisitos mais rigorosos na prestação de cuidados de saúde nos últimos anos. Por outro lado, valoriza-se, na atualidade, a participação dos doentes nas decisões após a devida partilha de informação conferindo o que se convencionou chamar de "consentimento informado".

A autodeterminação, isto é, o direito de todo cidadão decidir ou determinar o curso da sua vida é, pois, um direito previsto na lei portuguesa. A autodeterminação no contexto dos cuidados de saúde significa que todo o adulto capaz, tem a liberdade de consentir ou recusar um tratamento médico mesmo quando os profissionais de saúde possam acreditar que ele é benéfico e necessário.

Todos estes aspetos são de importância cardinal na nossa especialidade a qual envolve frequentemente questões de risco vital, de perda de função ou de modificação da imagem corporal. Conseguir que os doentes sejam adequadamente informados e tomem decisões partilhadas de forma consciente é um desafio para todos os médicos em geral e para os cirurgiões em particular.

Deste modo, o consentimento informado é um processo colaborativo que requer um alto grau de maturidade emocional por parte dos profissionais de saúde os quais devem estar dispostos a explicar o que é conhecido e admitir o que não é. Tal implica que seja utilizado o tempo e o esforço necessários para que os doentes entendam os tratamentos propostos.

Cada doente cirúrgico é único; cada um tem a sua própria personalidade, educação, condição emocional e social bem como a capacidade de compreender as informações apresentadas. Alguns doentes têm várias questões, informação prévia com diversos graus de qualidade, e exigem saber cada detalhe do tratamento proposto. Outros, porém, contentam-se com a informação básica e outros há que confiam sem questionar no que lhes é proposto. A todos devemos esclarecer e em especial informar do risco e benefício das intervenções.

Para ajudar a lidar com estas questões, foram introduzidos os formulários de consentimento informado que proporcionam informação sobre as intervenções propostas, os benefícios esperados e os riscos inerentes numa linguagem e terminologia que possa ser entendida pela generalidade das pessoas. É importante também a leitura dos formulários uma vez que a informação escrita promove mais facilmente a retenção e compreensão dos conceitos-chave e muitas vezes é superior à explicação verbal fornecida pelos médicos à cabeceira ou em consultório onde os níveis de ansiedade dos doentes são elevados.

Para além dos objetivos éticos, há outras dimensões dos "consentimentos informados" a ter em conta.

Em primeiro lugar, o propósito médico-legal sendo atualmente indispensáveis às questões deste foro e atestando que a autorização respetiva foi adequadamente obtida. Em segundo lugar, a obtenção do consentimento é um fator de Qualidade do processo assistencial e a respetiva obtenção e preenchimento do formulário um requisito indispensável nas auditorias de acreditação de qualidade das instituições modernas. Finalmente, deve considerar-se que o esclarecimento do doente vascular e a obtenção do consentimento para intervenção devem ser efetuados pelo cirurgião em ambiente de consulta ou de gabinete hospitalar com tranquilidade e disponibilidade para a cabal explicação e esclarecimento de dúvidas.

Refletindo sobre estas questões, e à imagem do que já acontece com outras Sociedades, a Direção atual da SPACV iniciou um processo de tentativa de padronização dos formulários de consentimento informado nas múltiplas intervenções da especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular procurando que sejam completos e exaustivos. Acreditamos, no entanto, que este é apenas o início de um projeto havendo a perspetiva futura de revisão e alargamento a outras áreas com uma lista mais completa e atualizada. Este será, portanto, o início da jornada esperando que possa ser útil aos Serviços de Angiologia e Cirurgia Vascular portugueses.

A. DOENÇA CEREBROVASCULAR E TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS

A.1 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional Da Patologia Obstrutiva Dos Troncos Supra-Aórticos

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica:

- Estenose/Oclusão da artéria subclávia/artéria carótida.
- Procedimento preparatório para TEVAR (tratamento endovascular da aorta torácica).

2. Descrição do ato/intervenção: *Bypass* carótido-subclavio / subclavio-carotídeo ou carótido-carotídeo. Por uma ou duas incisões na face lateral do pescoço, é feito um *bypass* com uma prótese de material biocompatível entre as artérias (subclávia/carótida).

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: No mesmo tempo operatório pode ser realizado um *bypass* carótido-subclavio e carótido-carotídeo.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenção de possíveis complicações graves associadas à hipoperfusão da circulação cérebro-vertebral e/ou do membro superior, seja por doença aterosclerótica estenosante/oclusiva ou por procedimento endovascular futuro.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto:

- Eventos neurológicos adversos relacionados com a oclusão carotídea e/ou embolização: AIT (acidente isquémico transitório) - quadro de isquemia cerebral reversível - ou quadro de isquemia cerebral irreversível (AVC).
- Isquemia cerebral posterior por oclusão da artéria vertebral.
- Isquemia do membro superior por hipoperfusão do mesmo.
- Lesões isquémicas da retina (olho) com possível perda de visão.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Alterações da sensibilidade no local da ferida operatória.

Complicações pouco frequentes:

- Lesão do plexo nervoso do membro superior com défice sensitivo e/ou motor do membro.
- Lesão do eixo venoso do membro superior com edema e conseqüente impotência funcional.
- Dissecção vascular com necessidade de colocação de *stent*.
- Hemorragia com necessidade de revisão cirúrgica.
- Embolização para o membro superior com necessidade de re-intervenção.
- Infecção do material protésico utilizado com necessidade de remoção do mesmo.
- Linfocelo da ferida com necessidade subsequente de drenagem.
- Infecção das feridas com necessidade de revisão cirúrgica.
- Restenose dos vasos, estenose ou falso aneurisma no local da anastomose com necessidade de novo tratamento cirúrgico e/ou endovascular.

Complicações Raras:

- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória podendo ser definitiva com a necessidade de dependência de oxigénio e/ou a necessidade de traqueostomia. Embolia pulmonar.
- Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.
- Lesão do ducto torácico com quilotórax (acumulação de linfa dentro do tórax).
- Lesão de nervos cranianos: alterações da voz (rouquidão), perturbação da deglutição (impossibilidade de engolir, podendo implicar alimentação por sonda), alteração da mobilidade do ombro, lesão do nervo frénico com elevação do diafragma e consequente insuficiência respiratória.
- Trombose pós-operatória do bypass ou embolização com eventos isquémicos cerebrais e subsequente perturbação da consciência, sensibilidade e mobilidade dos membros superiores e inferiores (hemiparésia), da fala (afasia), da leitura, visuais, parésia facial, ptose palpebral.
- Hemorragia cerebral.
- Convulsões.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Angioplastia da artéria subclávia (em caso de doença estenosante/oclusiva).

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e autorizo a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

A. DOENÇA CEREBROVASCULAR E TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS

A.2 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional Da Patologia Obstrutiva Carotídea (Estenose Sintomática)

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Estenose carotídea sintomática devido a placa instável. Acidente Vascular Cerebral isquémico recente; acidente isquémico transitório ou amaurose fugaz (últimos 6 meses).

2. Descrição do ato/intervenção: É realizada uma incisão na face lateral do pescoço, exposição da bifurcação carotídea, remoção da placa aterosclerótica e encerramento da artéria.

3. Possíveis variações na execução da intervenção: Endarterectomia carotídea por eversão; reconstrução com *patch* e/ou *bypass* carotídeo-carotídeo. Com ou sem uso de *shunt*.

4. Benefícios esperados e finalidade da intervenção proposta: Prevenção de possíveis complicações graves relacionadas essencialmente à oclusão da artéria carótida ou nova embolia cerebral com consequente morte de tecido cerebral (acidente vascular cerebral) podendo este ser fatal.

5. Riscos previsíveis associados à não execução da intervenção proposta:

- Progressão da doença até a oclusão da artéria carótida interna.
- Eventos neurológicos adversos relacionados com a estenose/oclusão carotídea ou embolização distal: AIT (acidente isquémico transitório) - quadro de isquemia cerebral reversível - ou quadro de isquemia cerebral irreversível (AVC).
- Lesões isquémicas da retina (olho) com possível perda de visão.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Alterações da sensibilidade no local da ferida, mesmo prolongada ao longo do tempo, às vezes definitiva.

Complicações pouco frequentes:

- Hemorragia que requer revisão cirúrgica e transfusão.
- Lesões dos nervos cranianos: assintomáticas, alteração da voz, da deglutição, alteração da mobilidade do ombro, desvio da comissura labial com consequente dificuldade em articular as palavras e dano estético, desvios do eixo lingual com consequentes complicações da deglutição.
- Embolização intra-operatória: causando eventos cerebrais isquémicos (AVC) com subseqüentes alterações da consciência, sensibilidade e mobilidade dos membros, de linguagem, de leitura, visuais, parésia facial.
- Trombose pós-operatória da artéria carótida causando eventos cerebrais isquémicos (AVC) com subseqüentes alterações da consciência, distúrbios de sensibilidade e mobilidade dos membros superiores e inferiores (hemiparésia), alterações de linguagem (afasia inclusiva e expressiva), distúrbios de leitura, distúrbios visuais de gravidade variável até cegueira, parésia facial.
- Restenose carotídea devido à progressão da doença aterosclerótica ou hiperplasia intimal que requer cirurgia ou intervenção endovascular.
- Hemorragia cerebral, mesmo dias após o procedimento (geralmente fatal ou incapacitante), risco elevado pela lesão cerebral isquémica recente.

- Complicações respiratórias (às vezes com gravidade elevada requerendo traqueostomia, ocorrendo mesmo após algum tempo do procedimento).
- Crises convulsivas.
- Infeções da ferida operatória.

Complicações Raras:

- Doença cardíaca grave, às vezes fatal.
- Morte.
- Infeção do material protésico utilizado (por vezes com necessidade de remoção e, portanto, reoperação).

7. Outras informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Tratamento endovascular (*stent* carotídeo).

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N.º Ordem Médicos: _____
Assinatura: _____ N.º Mecanográfico: _____
Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

A. DOENÇA CEREBROVASCULAR E TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS

A.3 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional Da Patologia Obstrutiva Carotídea (Estenose Assintomática)

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Estenose carotídea assintomática.

2. Descrição do ato/intervenção: É realizada uma incisão na face lateral do pescoço, exposição da bifurcação carotídea, remoção da placa aterosclerótica e encerramento da artéria.

3. Possíveis variações na execução da intervenção: Endarterectomia carotídea por eversão; reconstrução com *patch* e/ou *bypass* carotídeo-carotídeo. Com ou sem uso de *shunt*.

4. Benefícios esperados e finalidade da intervenção proposta: Prevenção de possíveis complicações graves relacionadas essencialmente à oclusão da artéria carótida ou a embolia cerebral com consequente morte de tecido cerebral (acidente vascular cerebral).

5. Riscos previsíveis associados à não execução da intervenção proposta:

- Progressão da doença até a oclusão da artéria carótida interna.
- Eventos neurológicos adversos relacionados com a estenose/oclusão carotídea ou embolização distal: AIT (acidente isquémico transitório) - quadro de isquemia cerebral reversível - ou quadro de isquemia cerebral irreversível (AVC).
- Lesões isquémicas da retina (olho) com possível perda de visão.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Alterações da sensibilidade no local da ferida, mesmo prolongada ao longo do tempo, às vezes definitiva.

Complicações pouco frequentes:

- Hemorragia que requer revisão cirúrgica e transfusão.
- Embolização intraoperatória / Trombose pós-operatória da artéria carótida causando eventos cerebrais isquémicos (AVC) com subsequentes alterações da consciência, sensibilidade e mobilidade dos membros, de linguagem, de leitura, visuais, parésia facial.
- Lesões dos nervos cranianos: assintomáticas, alteração da voz, da deglutição, alteração da mobilidade do ombro, desvio da comissura labial com consequente dificuldade em articular as palavras e dano estético, desvios do eixo lingual com consequentes alterações da deglutição.
- Reestenose carotídea devido à progressão da doença aterosclerótica ou hiperplasia intimal que requer cirurgia ou intervenção endovascular.
- Hemorragia cerebral, mesmo dias após o procedimento (geralmente fatal ou incapacitante), risco elevado pela lesão cerebral isquémica recente.
- Complicações respiratórias (às vezes com gravidade elevada requerendo traqueostomia, ocorrendo mesmo após algum tempo do procedimento).
- Crises convulsivas.
- Infeções da ferida operatória.

Complicações Raras:

- Doença cardíaca grave, às vezes fatal (Disritmia, enfarte agudo do miocárdio).
- Morte.
- Infeção do material protésico utilizado (por vezes com necessidade de remoção e, portanto, reoperação).

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Tratamento endovascular (*stent* carotídeo).

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

A. DOENÇA CEREBROVASCULAR E TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS

A.4 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Endovascular Da Patologia Obstrutiva Carotídea

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Estenose carotídea.

2. Descrição do ato/intervenção: Angiografia diagnóstica e angioplastia com *stent* da artéria carótida interna.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Pode ser realizado acesso percutâneo via femoral/umeral ou através de exposição cirúrgica por incisão no pescoço. O procedimento pode também ser realizado com ou sem filtro ou com técnica de proteção cerebral por inversão do fluxo.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenção de possíveis complicações graves essencialmente relacionadas com a oclusão da artéria carótida interna ou embolia cerebral resultando na morte do tecido cerebral (acidente vascular cerebral).

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto:

- Progressão da doença até a oclusão da artéria carótida interna.
- Eventos neurológicos adversos relacionados com a estenose/occlusão carotídea ou embolização distal: AIT (acidente isquémico transitório) - quadro de isquemia cerebral reversível - ou quadro de isquemia cerebral irreversível (AVC).
- Lesões isquémicas da retina (olho) com possível perda de visão.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Complicações no acesso arterial com formação de hematoma ou pseudoaneurisma que requerem tratamento por compressão, cirúrgico ou através da injeção de trombina eco-guiada.

Complicações pouco frequentes:

- Acidente vascular cerebral por: trombose pós-operatória da artéria carótida causando eventos isquémicos cerebrais com alterações subsequentes da consciência, sensibilidade e mobilidade dos membros superiores e inferiores (hemiparésia), alterações da fala (afasia), da leitura, visuais ou parésia facial.
- Síndrome de hiperperfusão cerebral.
- Dissecção ou trombose arterial com necessidade de reoperação.
- Hemorragia cerebral, mesmo dias após o procedimento (frequentemente incapacitante).
- Restenose da artéria carótida devido a progressão de doença aterosclerótica ou hiperplasia intrastent da íntima requerendo intervenção cirúrgica e/ou endovascular.
- Insuficiência renal aguda transitória, insuficiência renal crónica permanente resultando na necessidade de diálise, por nefropatia de contraste.

Complicações Raras:

- Infeção do *stent* utilizado com necessidade de remoção e, portanto, reoperação, sépsis generalizada e choque séptico.
- Doença cardíaca grave, por vezes fatal.
- Dificuldade respiratória (por vezes de elevada gravidade, implicando traqueostomia, ocorrendo mesmo após algum tempo do procedimento).
- Uso de radiação e seus riscos associados.
- Reações alérgicas ao meio de contraste, choque anafilático.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Cirurgia convencional (de risco acrescido).

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

B. DISSECÇÃO DA AORTA

B.1 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Úlcera Penetrante Da Aorta

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Uma ou múltiplas úlceras penetrantes em expansão rápida e/ou sintomáticas, na aorta toracoabdominal.

2. Descrição do ato/intervenção: Colocação de endoprótese aórtica de forma a cobrir a úlcera por acesso femoral/ braquial (percutâneo ou cirúrgico).

3. Possíveis variações na execução do procedimento: Este procedimento poderá, se necessário, ser precedido de *debranching* do arco aórtico (da zona 1 ou 2 de Ishimaru) ou de *debranching* visceral, dependendo da extensão da lesão aórtica.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenção de possíveis complicações graves relacionadas com a evolução da patologia como dilatação da aorta e sua possível rotura.

5. Riscos previsíveis relacionados à não execução do procedimento proposto: Dilatação da aorta; rotura aórtica com elevado risco de morte.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

· Complicações no acesso arterial com formação de hematoma ou pseudoaneurisma que requerem tratamento por compressão, cirúrgico ou através da injeção de trombina eco-guiada.

Complicações pouco frequentes:

- Deiscência/infeção da ferida operatória.
- Lesão renal temporária.
- Trombose arterial ou embolização periférica, eventos capazes de condicionar isquemia dos membros com necessidade de revascularização e, em situações clínicas extremas, amputação de membro.
- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória podendo ser definitiva com a necessidade de dependência de oxigénio e/ou a necessidade de traqueostomia. Embolia pulmonar.
- Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.
- Exclusão ineficaz da úlcera com conseqüente expansão ao longo do tempo da mesma e necessidade de nova cirurgia endovascular/convencional e/ou rotura súbita da aorta.
- Dissecção da aorta.

Complicações Raras:

- Isquemia medular condicionando paraplegia/paraparésia definitiva caracterizada por complicações sensitivas e/ou motoras nos membros inferiores, incontinência esfinteriana e impotência.
- Lesão renal definitiva com risco de diálise.

- Isquemia intestinal (por embolização ou exclusão inadvertida de artéria durante o procedimento) com possível necessidade de ressecção ileal e/ou cólica.
- Complicações do foro sexual de gravidade variável nomeadamente ejaculação retrógrada ou impotência.
- Necessidade de conversão cirúrgica por incorreto posicionamento da endoprótese, por extensão proximal ou distal da disseção ou por rotura da aorta – este evento acarreta um risco de morte muito elevado pelo que requer medidas cirúrgicas emergentes também elas associadas a elevadas taxas de mortalidade e morbidade.
- Acidente vascular cerebral – isquémico ou hemorrágico – tanto na circulação cerebral anterior quanto na posterior com possibilidade de alterações de consciência, afasia, dislexia, distúrbios oculares, disfagia, hemiplegia, complicações sensitivas e/ou motoras nos membros e/ou ataxia.
- Reações adversas ao meio de contraste com possíveis reações alérgicas graves até choque anafilático ou toxicidade, também capazes de causar o aparecimento ou agravamento da lesão renal com possíveis complicações de recuperação - diálise.
- Uso de radiação e seus riscos associados.
- Infeção protésica.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Cirurgia convencional com risco operatório significativamente aumentado.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

B. DISSECÇÃO DA AORTA

B.2 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Dissecção Da Aorta Do Tipo B

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Dissecção da aorta com porta de entrada após a emergência do tronco arterial braquiocefálico.

2. Descrição do ato/intervenção: Colocação de endoprótese aórtica de forma a cobrir a porta de entrada da dissecção por acesso femoral bilateral (percutâneo ou cirúrgico).

3. Possíveis variações na execução do procedimento: Este procedimento poderá, se necessário, ser precedido de *debranching* do arco aórtico (da zona 1 ou 2 de *Ishimaru*).

A implantação de endoprótese na aorta torácica descendente poderá ser complementada com eventual colocação de *stent* descoberto ao nível da aorta visceral (para estabilização e expansão do falso lúmen aórtico colapsado - técnica PETTICOAT) e este poderá ser posteriormente dilatado de forma a reposicionar todas as camadas da parede aórtica e por conseguinte eliminar o falso lúmen (técnica STABILISE).

Poderá ser também realizada angiografia dos vasos esplâncnicos e renais e, se necessário, colocado um *stent*.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenção de possíveis complicações graves relacionadas com a evolução da patologia como dilatação da aorta e sua possível rotura, má perfusão de órgãos-alvo com consequente isquemia intestinal ou renal, hipertensão refratária, isquemia medular e/ou isquemia dos membros inferiores.

5. Riscos previsíveis relacionados à não execução do procedimento proposto: Progressão da dissecção; rotura aórtica com elevado risco de morte; isquemia e consequente falência de múltiplos órgãos, isquemia de membro com necessidade de amputação.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

· Complicações no acesso arterial com formação de hematoma ou pseudoaneurisma que requerem tratamento por compressão, cirúrgico ou através da injeção de trombina eco-guiada.

Complicações pouco frequentes:

· Deiscência/infeção da ferida operatória.

· Lesão renal aguda.

· Trombose arterial ou embolização periférica, eventos capazes de condicionar isquemia dos membros com necessidade de revascularização e, em situações clínicas extremas, amputação de membro.

· Complicações respiratórias como insuficiência respiratória podendo ser definitiva com a necessidade de dependência de oxigénio e/ou a necessidade de traqueostomia. Embolia pulmonar.

· Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.

· Exclusão ineficaz da dissecção com consequente expansão ao longo do tempo da mesma e necessidade de nova cirurgia endovascular/convencional e/ou rotura súbita da aorta.

· Dissecção retrógrada e/ou progressão da dissecção com elevado risco de complicações de órgãos vitais e/ou morte.

Complicações Raras:

- Isquemia medular condicionando paraplegia/paraparésia definitiva caracterizada por complicações sensitivas e/ou motoras nos membros inferiores, incontinença esfinteriana e impotência.
- Lesão renal definitiva com risco de diálise.
- Isquemia intestinal (por embolização ou exclusão inadvertida de artérias durante o procedimento) com possível necessidade de ressecção ileal e/ou cólica.
- Complicações da esfera sexual de gravidade variável nomeadamente ejaculação retrógrada ou impotência.
- Necessidade de conversão cirúrgica por incorreto posicionamento da endoprótese, por extensão proximal ou distal da disseção ou por rotura da aorta – este evento acarreta um risco de morte muito elevado pelo que requer medidas cirúrgicas emergentes também elas associadas a elevadas taxas de mortalidade e morbilidade.
- Acidente vascular cerebral – isquémico ou hemorrágico – tanto da circulação cerebral anterior quanto na posterior com possibilidade de alterações de consciência, afasia, dislexia, distúrbios oculares, disfagia, hemiplegia, complicações sensitivas e/ou motoras nos membros e/ou ataxia.
- Reações adversas ao meio de contraste com possíveis reações alérgicas graves até choque anafilático ou toxicidade, também capazes de causar o aparecimento ou agravamento da lesão renal com possíveis complicações de recuperação - diálise.
- Uso de radiação e seus riscos associados.
- Infeção protésica.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Cirurgia convencional com risco operatório significativamente aumentado.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N° Ordem Médicos: _____
 Assinatura: _____ N° Mecanográfico: _____
 Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____
 BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

C. ANEURISMAS DA AORTA

C.1 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Aneurisma Do Arco Aórtico

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma do arco aórtico / istmo da aorta torácica.

2. Descrição do ato/intervenção: Dependendo de cada caso a intervenção poderá ser realizada sob anestesia geral ou loco-regional. O cirurgião expõe as artérias femorais, artéria subclávia e artéria carótida através de pequenas incisões (em casos seleccionados o procedimento pode ser realizado de forma percutânea) e é colocada uma endoprótese na região da aorta a ser tratada, assegurando o fluxo para as artérias com origem no arco aórtico." por "É colocada uma endoprótese na região da aorta a ser tratada, assegurando o fluxo para as artérias com origem no arco aórtico através de acesso femoral/ braquial/ carotídeo (percutâneo ou cirúrgico).

3. Possíveis variações na execução da intervenção: Não exclusão endovascular do aneurisma com consequente conversão cirúrgica. *Bypass* carótido-carotídeo ou carótido-subclávio se houver obstrução da origem dos troncos supra-aórticos durante o procedimento.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento: Prevenir possíveis complicações graves relacionadas à rotura súbita do aneurisma, trombose do mesmo e complicações embólicas e/ou compressivas (complicações que muitas vezes levam à morte ou a lesões graves).

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto: rotura de aneurisma com alto risco de morte, embolização central e/ou periférica, fistulização para órgãos próximos e/ou sintomas compressivos.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Deiscência / infeção da ferida operatória com necessidade de reoperação.
- Complicações no acesso arterial com formação de hematoma ou pseudoaneurisma que requerem tratamento por compressão, cirúrgico ou através da injeção de trombina eco-guiada.

Complicações pouco frequentes:

- Embolização periférica (membros, vísceras).
- Isquemia nos membros inferiores que requer intervenções de revascularização, possivelmente no mesmo tempo operatório, condicionando risco de amputação.
- Isquemia medular com problemas sensitivos e / ou motores nos membros inferiores, podendo ser definitivos, com consequente impotência funcional de gravidade variável até a paraplegia completa e/ou incontinência dos esfíncteres.
- Acidente Vascular Cerebral.
- Insuficiência respiratória.
- Insuficiência renal com risco de diálise podendo esta ser definitiva.
- Necessidade de conversão cirúrgica imediata ou a longo prazo, por razões anatómicas, por deslocamento da endoprótese e / ou *leaks* (fugas) internos.
- Infeção de prótese com necessidade de remoção da mesma e/ou estado séptico generalizado.

Complicações Raras:

- Reações alérgicas ao meio de contraste podendo mesmo chegar a choque anafilático.
- Uso de radiação e seus riscos associados.
- Hemorragia intraoperatória com necessidade de conversão cirúrgica e / ou capaz de causar choque hemorrágico.
- Falência de múltiplos órgãos: condição clínica com alto risco de morte.
- Dissecção aórtica: quer da aorta ascendente (tipo A), às vezes atingindo o plano valvar e o *ostium* das artérias coronárias, quer da aorta toracoabdominal (tipo B) com envolvimento dos vasos viscerais e medulares. Esses eventos são onerados por um risco muito alto de morte e requerem medidas cirúrgicas de emergência.
- Complicações cardíacas, nomeadamente enfarte agudo do miocárdio por exclusão inadvertida dos ostia das artérias coronárias.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Tratamento cirúrgico convencional com aumento do risco operatório imediato.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N° Ordem Médicos: _____
 Assinatura: _____ N° Mecanográfico: _____
 Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____
 BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

C. ANEURISMAS DA AORTA

C.2 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Traumatismo Do Istmo Aórtico

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Lesão aguda pós-traumatismo da aorta torácica, a nível do istmo, que pode ter diversas apresentações, nomeadamente, rotura ou falso aneurisma.

2. Descrição do ato/intervenção: Colocação de endoprótese aórtica de forma a cobrir o istmo aórtico por acesso femoral (percutâneo ou cirúrgico).

3. Possíveis variações na execução do procedimento: Este procedimento poderá, se necessário, ser complementado com *debranching* do arco aórtico (zona 1 ou 2 de *Ishimaru*).

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenção de possíveis complicações graves relacionadas com a evolução da patologia como dilatação da aorta e sua possível rotura bem como de embolização visceral e/ou periférica (membros inferiores).

5. Riscos previsíveis relacionados com a não execução do procedimento proposto: Rotura aórtica com elevado risco de morte, embolização visceral e/ou periférica (membros inferiores).

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

· Complicações no acesso arterial com formação de hematoma ou pseudoaneurisma que requerem tratamento por compressão, cirúrgico ou através da injeção de trombina eco-guiada.

Complicações pouco frequentes:

- Deiscência/infeção da ferida operatória.
- Lesão renal aguda.
- Trombose arterial ou embolização periférica, eventos capazes de condicionar isquemia dos membros com necessidade de revascularização e, em situações clínicas extremas, amputação de membro.
- Complicações cardíacas e respiratórias (ex. edema agudo de pulmão, enfarte agudo de miocárdio).
- Exclusão ineficaz da zona traumatizada com consequente expansão ao longo do tempo do mesmo e necessidade de nova cirurgia endovascular/convencional e/ou rotura súbita da aorta.

Complicações Raras:

- Isquemia medular condicionando paraplegia/paraparésia temporária/definitiva caracterizada por complicações sensitivas e/ou motoras nos membros inferiores, incontinência esfíncteriana e impotência.
- Lesão renal definitiva com risco de diálise.
- Isquemia intestinal (por embolização) com possível necessidade de ressecção ileal e/ou cólica.
- Complicações do foro sexual de gravidade variável nomeadamente ejaculação retrógrada ou impotência.
- Necessidade de conversão cirúrgica por incorreto posicionamento da endoprótese, por extensão proximal ou distal da

dissecção ou por rotura da aorta – este evento acarreta um risco de morte muito elevado pelo que requer medidas cirúrgicas emergentes também elas associadas a elevadas taxas de mortalidade e morbilidade.

- Acidente vascular cerebral – isquémico ou hemorrágico – tanto da circulação cerebral anterior quanto na posterior com possibilidade de alterações de consciência, afasia, dislexia, distúrbios oculares, disfagia, hemiplegia, complicações sensitivas e/ou motoras nos membros e/ou ataxia.
- Reações adversas ao meio de contraste com possíveis reações alérgicas graves até choque anafilático ou toxicidade, também capazes de causar o aparecimento ou agravamento da lesão renal com possíveis complicações na recuperação - diálise.
- Uso de radiação e seus riscos associados.
- Infeção protésica.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Cirurgia convencional com risco operatório significativamente aumentado.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:	Nº Ordem Médicos:
Assinatura:	Nº Mecanográfico:
Data:	Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:	Data:
BI/CC:	Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

C. ANEURISMAS DA AORTA

C.3 Consentimento Informado Escrito Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma Da Aorta Toracoabdominal

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma de aorta toracoabdominal.

2. Descrição do ato/intervenção: A intervenção é realizada sob anestesia geral. É realizada uma toracofrenolaparotomia (incisão na parede torácica e abdominal), isolamento da aorta e dos seus ramos seguida de reconstrução com prótese de Dacron.

3. Possíveis variações na execução da intervenção: Nenhuma.

4. Benefícios esperados e finalidade da intervenção proposto: Prevenir a rotura súbita do aneurisma, a trombose do mesmo e/ou complicações embólicas e/ou compressivas. Todas estas podem levar à morte ou a lesões graves.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto: rotura de aneurisma com alto risco de morte, embolização periférica, fistulização para órgãos próximos.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Infeção da ferida operatória que às vezes requer reoperação.
- Hérnias.

Complicações pouco frequentes:

- Hemorragia, até mesmo maciça e tardia, capaz de exigir intervenções cirúrgicas e um estado de choque hemorrágico, podendo ser até mesmo fatal.
- Embolização periférica (membros, vísceras); isquemia dos membros superiores e inferiores com risco de amputação.
- Complicações sensitivos e / ou motores nos membros inferiores, também secundários a isquemia da medula de gravidade variável até a paraplegia e incontinência esfíncteriana.
- Acidente vascular cerebral transitório ou definitivo.
- Lesão do nervo laríngeo recorrente com disfonia associada.
- Lesão do nervo frénico (parálisis do diafragma) e/ou do nervo vago.
- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória que, também podem ser definitivos com a necessidade de dependência de oxigénio e a necessidade de traqueostomia.
- Complicações cardíacas, enfarte do miocárdio com/sem choque cardiogénico.
- Lesão renal com risco de diálise podendo ser esporádica ou definitiva. Risco de nefrectomia de necessidade.
- Isquemia intestinal com necessidade de ressecção do esófago, ressecção extensa ileocólica, colostomia, possível necessidade de nutrição artificial prolongada, jejunostomia.
- Esplenectomia de necessidade com deficiência secundária de imunocompetência e plaquetas.
- Pancreatite aguda resultando em insuficiência pancreática crónica e diabetes *mellitus* secundária.
- Obstrução intestinal pós-operatória com/sem necessidade de re-intervenção mesmo após algum tempo.
- Falência de múltiplos órgãos.

- Infeção do material protésico utilizado com necessidade de remoção e posterior isquemia (poderá ser tentada a substituição por um conduto mais resistente à infeção, dependendo do quadro clínico). Risco de evolução para quadro séptico generalizado.
- Complicações do foro sexual caracterizadas por alterações de ereção que pode ser completa ou ejaculação retrógrada.
- Trombose venosa, embolia pulmonar.

Complicações Raras:

- Morte.
- Dissecção aórtica da aorta ascendente (tipo A) que afeta o plano valvar e o *ostium* das artérias coronárias e a aorta torácica descendente, com envolvimento dos vasos viscerais e medulares. Esses eventos são onerados por um risco muito alto de morte e requerem medidas cirúrgicas de emergência.

7. Outras informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Tratamento endovascular, não sendo sempre exequível.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N.º Ordem Médicos: _____
 Assinatura: _____ N.º Mecanográfico: _____
 Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____
 BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

C. ANEURISMAS DA AORTA

C.4 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma Da Aorta Abdominal Toracoabdominal IV

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma da aorta abdominal toracoabdominal IV.

2. Descrição do ato/intervenção: A intervenção é realizada sob anestesia geral. É realizada uma incisão abdominal, exploração da cavidade abdominal, aorta e seus ramos com reconstrução da mesma com prótese de material biocompatível. Posteriormente é encerrado o abdómen por camadas.

3. Possíveis variações na execução da intervenção: Reconstrução dos ramos viscerais através de uma anastomose única (em palet) ou através de vários ramos para os ramos viscerais. Este procedimento também pode realizado com ou sem reimplantação/*bypass* para as artérias intercostais.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenir a rotura súbita do aneurisma, a trombose do mesmo e/ou complicações embólicas e/ou compressivas. Todas estas podem levar à morte ou a lesões graves.

5. Riscos previsíveis associados à não execução da intervenção proposta: Rotura de aneurisma com alto risco de morte, embolização periférica, trombose do aneurisma, fistulização para órgãos próximos.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Infeção da ferida operatória que às vezes requer reoperação.
- Hérnia incisional.

Complicações pouco frequentes:

- Hemorragia, até mesmo maciça e tardia, capaz de exigir intervenções cirúrgicas e um estado de choque hemorrágico, podendo ser até mesmo fatal.
- Embolização periférica (membros, vísceras); isquemia dos membros inferiores e superiores com risco de amputação.
- Isquemia intestinal com necessidade de ressecção do esófago, ileocólica, colostomia, possível necessidade de nutrição artificial prolongada, jejunostomia.
- Complicações sensitivas e / ou motoras nos membros inferiores, que podem surgir na sequência de i isquemia da medula de gravidade variável até a paraplegia/paraparésia e incontinência esfinteriana.
- Acidente vascular cerebral, isquémico ou hemorrágico, com hemiplegia, afasia, complicações sensitivas e/ou motoras nos membros, alterações oculares até cegueira completa.
- Lesões do nervo laríngeo recorrente condicionando disфонia / afonia definitiva.
- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória, que podendo ser definitivos com a necessidade de dependência de oxigénio e a necessidade de traqueostomia.
- Cardiopatia, enfarte do miocárdio com/sem choque cardiogénico.
- Insuficiência renal com risco de diálise podendo ser esporádico ou definitivo. Nefrectomia de necessidade.
- Esplenectomia de necessidade com deficiência secundária de imunocompetência e plaquetas.
- Pancreatite aguda resultando em insuficiência pancreática crónica e diabetes *mellitus* secundária.

- Obstrução intestinal pós-operatória com/sem necessidade de re-intervenção mesmo após algum tempo.
- Lesão do nervo frénico (paralisia do diafragma) e/ou do nervo vago.
- Falência de múltiplos órgãos.
- Infeção do material protésico utilizado com necessidade de remoção e posterior isquemia (poderá ser tentada a substituição por um conduto mais resistente à infeção, dependendo do quadro clínico). Risco de evolução para quadro séptico generalizado.
- Complicações do foro sexual caracterizados por alterações de ereção que pode ser completa ou ejaculação retrógrada.
- Trombose venosa, embolia pulmonar.
- Morte.

Complicações Raras:

- Dissecção aórtica da aorta ascendente (tipo A) que afeta o plano valvar e os ostia das artérias coronárias e a aorta torácica descendente, com envolvimento dos vasos viscerais e medulares. Esses eventos são onerados por um risco muito alto de morte e requerem medidas cirúrgicas de emergência.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Tratamento endovascular, não sendo sempre exequível.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N° Ordem Médicos: _____

Assinatura: _____ N° Mecanográfico: _____

Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____

BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

C. ANEURISMAS DA AORTA

C.5 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular Aneurisma Da Aorta Abdominal Justarenal/Toracoabdominal

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma da aorta abdominal justarenal/toracoabdominal.

2. Descrição do ato/intervenção: A intervenção é realizada sob anestesia geral. O cirurgião expõe as artérias femorais através de pequenas incisões inguinais e a artéria axilar através de pequena incisão no braço por onde são colocadas as endopróteses.” por “O cirurgião, através de um acesso femoral/ braquial (percutâneo ou cirúrgico), coloca as endopróteses.

3. Possíveis variações na execução da intervenção: Não exclusão endovascular do aneurisma / conversão cirúrgica.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenir possíveis complicações graves relacionadas à rotura súbita do aneurisma, trombose do mesmo e complicações embólicas e/ou compressivas (complicações que muitas vezes levam à morte ou a lesões graves).

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto: Rotura de aneurisma com alto risco de morte, embolização periférica, fistulização para órgãos próximos.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Pseudoaneurisma / aneurisma no cateterismo arterial com posterior necessidade de compressão, injeção de trombina guiada por *eco-Doppler* ou cirurgia.
- Deiscência / infeção de ferida com necessidade de reoperação.

Complicações pouco frequentes:

- Isquemia nos membros inferiores ou superiores que requer intervenções de revascularização, possivelmente no mesmo tempo operatório, condicionando risco de amputação.
- Paraplegia / paraparésia de condicionamento de isquemia medular definitiva caracterizada por alterações sensoriais e / ou motoras em membros inferiores, incontinência esfinteriana e impotência definitiva.
- Insuficiência respiratória.
- Complicações cardíacas (ex. enfarte do miocárdio).
- Acidente Vascular Cerebral, com alterações neurológicas que podem ser incapacitantes transitórias/definitivas, incluindo hemiplegia, afasia, dislexia, distúrbios de consciência, distúrbios da marcha, distúrbios visuais até cegueira completa e/ou alterações de equilíbrio.
- Lesão renal com risco de diálise podendo este ser definitivo.
- Isquemia intestinal com/sem necessidade de ressecção ileocólica e/ou colostomia.
- Necessidade de re-intervenção endovascular e/ou conversão cirúrgica imediata ou a longo prazo, por razões anatómicas, por deslocamento da endoprótese e / ou *leaks* (fugas) internos.
- Infeção de prótese com necessidade de remoção da mesma e/ou estado séptico generalizado.
- Embolização periférica (membros ou vísceras).

Complicações Raras:

- Reações alérgicas ao meio de contraste podendo mesmo chegar a choque anafilático.
- Uso de radiação e seus riscos associados.
- Morte.
- Falência de múltiplos órgãos: condição clínica com alto risco de morte.
- Hemorragia intraoperatória com necessidade de conversão cirúrgica e / ou capaz de causar choque hemorrágico.
- Dissecção retrógrada ou anterógrada com eventual isquemia de órgão por ramos da aorta afetados.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: tratamento cirúrgico com aumento do risco operatório imediato.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N.º Ordem Médicos: _____
 Assinatura: _____ N.º Mecanográfico: _____
 Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____
 BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

C. ANEURISMAS DA AORTA

C.6 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma Da Aorta Abdominal Para-Renal

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma da aorta abdominal para-renal.

2. Descrição do ato/intervenção: A intervenção é realizada sob anestesia geral. É realizada uma incisão longitudinal xifóptica, ressecção parcial do aneurisma e interposição protésica envolvendo os *ostium* das artérias renais.

3. Possíveis variações na execução do procedimento: Reconstrução da aorta com enxerto aorto-aórtico, aorto-ilíaco ou aorto-bifemoral. Interposição de enxertos da prótese para as artérias renais. Reimplantação ou laqueação da artéria mesentérica inferior quando permeável. Laqueação da veia renal esquerda com ou sem reconstrução desta.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenir a rotura súbita do aneurisma, a trombose do mesmo e/ou complicações embólicas e/ou compressivas. Todas estas podem levar a lesões graves, irreversíveis ou à morte.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto: Rotura de aneurisma com alto risco de morte, embolização periférica, trombose do aneurisma, fistulização para órgãos próximos.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Infeção da ferida que às vezes requer reoperação.
- Hérnias da parede abdominal.

Complicações pouco frequentes:

- Hemorragia, podendo mesmo ser maciça e tardia, capaz de exigir intervenções cirúrgicas, e por vezes mesmo fatal.
- Embolização periférica (membros, vísceras); isquemia dos membros inferiores com risco de amputação.
- Complicações sensitivas e / ou motoras nos membros inferiores, que podem surgir na sequência de isquemia da medula óssea: gravidade variável, que pode evoluir até a paraplegia.
- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória que podem ser definitivos com necessidade de dependência de oxigénio e necessidade de traqueostomia.
- Complicações cardíacas, enfarte do miocárdio com/sem choque cardiogénico.
- Insuficiência renal Perda da função renal com o desenvolvimento de insuficiência renal aguda, mesmo com gravidade a ponto de exigir tratamento dialítico devido à possibilidade muito elevada de isquemia renal.
- Lesões iatrogénicas viscerais, mais prováveis pela presença de um componente inflamatório da parede aneurismática com consequentes aderências com as vísceras.
- Isquemia intestinal com eventual necessidade de ressecção extensa ileocólica, colostomia, possível necessidade de nutrição artificial prolongada, jejunostomia.
- Esplenectomia de necessidade com deficiência secundária de imunocompetência e plaquetas.
- Pancreatite aguda resultando em insuficiência pancreática crónica e diabetes *mellitus* secundária.
- Obstrução intestinal pós-operatória com/sem necessidade de re-intervenção mesmo após algum tempo.

- Complicações do foro sexual caracterizadas por alterações de ereção que pode ser completa ou ejaculação retrógrada.
- Trombose venosa e/ou embolia pulmonar.

Complicações Raras:

- Falência multiorgânica.
- Infeção do material protésico utilizado com necessidade de remoção e posterior isquemia (poderá ser tentada a substituição por um conduto mais resistente à infeção, dependendo do quadro clínico). Risco de evolução para quadro séptico generalizado.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Tratamento endovascular.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N.º Ordem Médicos: _____
 Assinatura: _____ N.º Mecanográfico: _____
 Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____
 BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

C. ANEURISMAS DA AORTA

C.7 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma Da Aorta Abdominal Justarenal

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma da aorta abdominal justa-renal.

2. Descrição do ato/intervenção: A intervenção é realizada sob anestesia geral. É realizada uma incisão xifo-púbica, ressecção parcial do aneurisma e interposição protésica.

3. Possíveis variações na execução do procedimento: Reconstrução da aorta com enxerto aorto-aórtico, aorto-ilíaco ou aórtico-bifemoral. Clampagem temporária das artérias renais, com ou sem reimplantação das artérias renais. Reimplantação ou laqueação da artéria mesentérica inferior quando permeável. Laqueação da veia renal esquerda com ou sem reconstrução da mesma.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenir a rotura súbita do aneurisma, a trombose do mesmo e/ou complicações embólicas e/ou compressivas. Todas estas podem levar lesões graves, irreversíveis ou à morte.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto: rotura de aneurisma com alto risco de morte, embolização periférica, trombose do aneurisma, fistulização para órgãos próximos.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Hérnias da parede abdominal.
- Infeção da ferida operatória que às vezes requer reoperação.

Complicações pouco frequentes:

- Hemorragia, podendo mesmo ser maciça e tardia, capaz de exigir intervenções cirúrgica: por vezes fatal.
- Embolização periférica (membros, vísceras); isquemia dos membros inferiores com risco de amputação.
- Complicações sensitivas e / ou motoras nos membros inferiores, que podem surgir na sequência de isquemia a medula óssea: gravidade variável, que pode evoluir até a paraplegia.
- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória, que podem ser definitivos, com a necessidade de dependência de oxigénio e a necessidade de traqueostomia.
- Complicações cardíacas, enfarte do miocárdio com/sem choque cardiogénico.
- Insuficiência renal com risco de diálise podendo ser esporádica ou definitiva.
- Isquemia intestinal com eventual necessidade de ressecção extensa ileocólica, colostomia, possível necessidade de nutrição artificial prolongada, jejunostomia.
- Esplenectomia de necessidade com deficiência secundária de imunocompetência e plaquetas.
- Pancreatite aguda resultando em insuficiência pancreática crónica e diabetes *mellitus* secundária.
- Obstrução intestinal pós-operatória com/sem necessidade de re-intervenção mesmo após algum tempo.
- Falência de múltiplos órgãos; infeção e/ou trombose protésica (mesmo após algum tempo) com conseqüente necessidade de excisão da mesma; sépsis e/ou pseudoaneurismas anastomóticos.
- Complicações do foro sexual caracterizadas por alterações de ereção ou ejaculação retrógrada.

· Trombose venosa, embolia pulmonar.

Complicações Raras:

- Falência multiorgânica.
- Infeção do material protésico utilizado com necessidade de remoção e posterior isquemia (poderá ser tentada a substituição por um conduto mais resistente à infeção, dependendo do quadro clínico). Risco de evolução para quadro séptico generalizado.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Tratamento endovascular.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N.º Ordem Médicos: _____
 Assinatura: _____ N.º Mecanográfico: _____
 Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____
 BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

C. ANEURISMAS DA AORTA

C.8 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma Da Aorta Abdominal Inflamatório

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma da aorta abdominal / artéria ilíaca inflamatório.

2. Descrição do ato/intervenção: A intervenção é realizada sob anestesia geral. É realizada uma incisão longitudinal xifo-púbica, ressecção parcial do aneurisma e interposição protésica.

3. Possíveis variações na execução do procedimento: Reconstrução da aorta com enxerto aorto-aórtico, aorto-ilíaco ou aorto-bifemoral. Reimplantação ou laqueação da artéria mesentérica inferior quando permeável.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenir a rotura súbita do aneurisma, a trombose do mesmo e/ou complicações embólicas e/ou compressivas. Todas estas podem levar à morte ou a consequências isquémicas graves.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto: Rotura de aneurisma com alto risco de morte, trombose do aneurisma, embolização periférica, compressão de estruturas vizinhas ou fistulização para órgãos próximos.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Hérnias da parede abdominal.
- Infeção da ferida operatória que às vezes requer reoperação.

Complicações pouco frequentes:

- Hemorragia, podendo mesmo ser maciça e tardia, capaz de exigir intervenções cirúrgicas, e por vezes mesmo fatal.
- Embolização periférica (membros); isquemia dos membros inferiores com risco de amputação.
- Complicações sensitivas e / ou motoras nos membros inferiores, que podem surgir na sequência de isquemia da medula óssea de gravidade variável até a paraplegia.
- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória, que podem ser definitivos com necessidade de dependência de oxigénio e necessidade de traqueostomia.
- Complicações cardíacas, enfarte do miocárdio com/sem choque cardiogénico.
- Insuficiência renal com risco de diálise podendo ser esporádico ou definitivo.
- Lesões iatrogénicas viscerais, mais prováveis pela presença de um componente inflamatório da parede aneurismática com consequentes aderências a vísceras.
- Isquemia intestinal com eventual necessidade de ressecção extensa ileocólica, colostomia, possível necessidade de nutrição artificial prolongada, jejunostomia.
- Esplenectomia de necessidade com deficiência secundária de imunocompetência e plaquetas.
- Pancreatite aguda resultando em insuficiência pancreática crónica e diabetes *mellitus* secundária.
- Obstrução intestinal pós-operatória com/sem necessidade de re-intervenção mesmo após algum tempo.
- Complicações do foro sexual caracterizadas por alterações de ereção ou ejaculação retrógrada.
- Trombose venosa e/ou embolia pulmonar.

Complicações Raras:

- Falência multiorgânica.
- Infeção do material protésico utilizado com necessidade de remoção e posterior isquemia (poderá ser tentada a substituição por um conduto mais resistente à infeção, dependendo do quadro clínico). Risco de evolução para quadro séptico generalizado.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Tratamento endovascular.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:	Nº Ordem Médicos:
Assinatura:	Nº Mecanográfico:
Data:	Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____

BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

C. ANEURISMAS DA AORTA

C.9 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma Da Aorta Abdominal Pós-EVAR

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma da aorta abdominal em expansão, como resultado de um procedimento anterior de exclusão endovascular que foi ineficaz.

2. Descrição do ato/intervenção: A intervenção é realizada sob anestesia geral. É realizada uma incisão longitudinal xifo-púbica, remoção de endoprótese previamente implantada e realização de interposição aorto-aórtica, aorto-biíliaca ou aorto-bifemoral com prótese de material biocompatível.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Ressecção parcial de aneurisma infra-renal ou suprarrenal (possibilidade de clampagem da aorta supra-renal com isquemia temporária dos rins, exigindo perfusão seletiva temporária das artérias renais e / ou *bypass* aorto-renal), reconstrução usando *bypass* aórtico-aórtico; aorto-ilíaco ou aorto-femoral.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenir a rotura súbita do aneurisma, complicações compressivas e/ou fistulização para órgãos próximos. Todas estas podem levar à morte ou a consequências graves.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto: rotura de aneurisma com alto risco de morte, complicações compressivas e fistulização para órgãos próximos.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Hérnias da parede abdominal.
- Infeção da ferida operatória que às vezes requer reoperação.

Complicações pouco frequentes:

A presença de endoprótese aumenta significativamente a complexidade técnica do procedimento e os riscos relacionados:

- Hemorragia, no intra- ou pós-operatório, podendo mesmo ser maciça, capaz de exigir reintervenções cirúrgicas, podendo ser até mesmo fatal.
- Embolização periférica (membros, vísceras); isquemia dos membros inferiores com risco de amputação.
- Complicações sensitivas e / ou motoras nos membros inferiores, que podem surgir na sequência de isquemia da medula óssea de gravidade variável até a paraplegia.
- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória que podem ser definitivos com a necessidade de dependência de oxigénio e a necessidade de traqueostomia.
- Cardiopatias, enfarte do miocárdio com/sem choque cardiogénico.
- Insuficiência renal com risco de diálise podendo ser esporádico ou definitivo.
- Isquemia intestinal com eventual necessidade de ressecção extensa ileocólica, colostomia, possível necessidade de nutrição artificial prolongada, jejunostomia.
- Esplenectomia de necessidade com deficiência secundária de imunocompetência e plaquetas.
- Pancreatite aguda resultando em insuficiência pancreática crónica e diabetes *mellitus* secundária.

- Obstrução intestinal pós-operatória com/sem necessidade de re-intervenção mesmo após algum tempo.
- Falência de múltiplos órgãos.
- Infeção e/ou trombose protésica (mesmo após algum tempo) com consequente necessidade de excisão da mesma; sépsis e/ou pseudoaneurismas anastomóticos.
- Complicações do foro sexual caracterizadas por alterações de ereção ou ejaculação retrógrada.
- Trombose venosa e/ou embolia pulmonar.

Complicações Raras:

- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Tratamento endovascular.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N.º Ordem Médicos: _____
 Assinatura: _____ N.º Mecanográfico: _____
 Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____
 BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

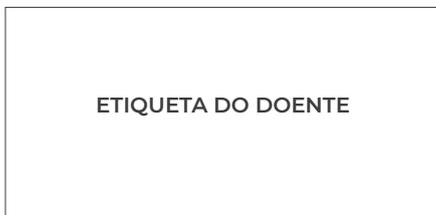
Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

C. ANEURISMAS DA AORTA

C.10 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Aneurisma Da Aorta Abdominal E/Ou Artéria Ilíaca

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma da aorta abdominal / artéria ilíaca.

2. Descrição do ato/intervenção: Dependendo de cada caso a intervenção poderá ser realizada sob anestesia geral ou loco-regional. O cirurgião expõe as artérias femorais, artéria subclávia e artéria carótida através de pequenas incisões (em casos seleccionados o procedimento pode ser realizado de forma percutânea) e é colocada uma endoprótese na região da aorta a ser tratada, assegurando o fluxo para as artérias com origem no arco aórtico." por "É colocada uma endoprótese na região da aorta a ser tratada, assegurando o fluxo para as artérias com origem no arco aórtico através de acesso femoral/ braquial/ carotídeo (percutâneo ou cirúrgico).

3 Possíveis variações na execução do procedimento: não exclusão endovascular do aneurisma / conversão cirúrgica. Em casos seleccionados, poderá ser necessário obter acesso arterial a partir dos membros superiores.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenir possíveis complicações graves relacionadas à rotura súbita do aneurisma, trombose do mesmo e complicações embólicas e/ou compressivas (complicações que muitas vezes levam à morte ou a lesões graves).

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto: rotura de aneurisma com alto risco de morte, embolização periférica, fistulização para órgãos próximos.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Deiscência / infecção de ferida operatória com necessidade de reoperação.
- Complicações no acesso arterial com formação de hematoma ou pseudoaneurisma que requerem tratamento por compressão, cirúrgico ou através da injeção de trombina eco-guiada.

Complicações pouco frequentes:

- Isquemia nos membros que requer intervenções de revascularização, possivelmente no mesmo tempo operatório, condicionando risco de amputação.
- Complicações sensitivas e / ou motoras nos membros inferiores, podendo ser definitivos, com conseqüente impotência funcional de gravidade variável até a paraplegia completa.
- Insuficiência respiratória.
- Complicações cardíacas (ex. enfarte do miocárdio).
- Lesão renal com risco de diálise podendo esta ser definitiva.
- Isquemia intestinal com/sem necessidade de ressecção ileocólica e/ou colostomia.
- Necessidade de conversão para cirurgia imediata ou a longo prazo, por razões anatómicas, por deslocamento da endoprótese e / ou leaks (fugas) internos.
- Infeção de prótese com necessidade de remoção da mesma e/ou estado séptico generalizado.

Complicações Raras:

- Reações alérgicas ao meio de contraste; choque anafilático.
- Uso de radiação e seus riscos associados.
- Hemorragia intraoperatória com necessidade de conversão cirúrgica e / ou capaz de causar choque hemorrágico.
- Falência de múltiplos órgãos: condição clínica com alto risco de morte.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Tratamento cirúrgico convencional com aumento do risco operatório imediato.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N.º Ordem Médicos: _____
 Assinatura: _____ N.º Mecanográfico: _____
 Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____
 BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

C. ANEURISMAS DA AORTA

C.11 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma Da Aorta Abdominal Em Rotura

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma da aorta abdominal / artéria ilíaca em rotura.

2. Descrição do ato/intervenção: É realizada uma incisão abdominal, controlo e abertura do aneurisma e interposição aorto-aórtica, aorto-biíliaca ou aorto-bifemoral com prótese de material biocompatível.

3. Possíveis variações na execução da intervenção: Reconstrução da aorta com enxerto aorto-aórtico, aorto-ilíaco ou aorto-bifemoral. Reimplantação ou laqueação da artéria mesentérica inferior quando permeável. Poderá ser necessário proceder à laqueação da veia renal esquerda.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenir as complicações do aneurisma, nomeadamente, embolização, fístula aorto-entérica, efeito de massa por compressão de estruturas adjacentes e choque hemorrágico fatal secundário a rotura de aneurisma.

5. Riscos previsíveis associados à não execução da intervenção proposta: embolização dos membros inferiores com risco de perda de membro; choque hemorrágico e morte.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Infeção da ferida operatória que às vezes requer reoperação.
- Hérnias da parede abdominal.
- Hemorragia, significativa no intra- ou pós-operatório, que pode evoluir para choque hemorrágico, e, por vezes, ser mesmo fatal. Poderá ser necessário re-intervenção.
- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória, a qual pode ser definitiva, dependente de oxigenoterapia; poderá haver necessidade de traqueostomia.
- Complicações cardíacas, como, enfarte do miocárdio com/sem choque cardiogénico.
- Insuficiência renal com risco de diálise podendo ser esporádico ou definitivo.
- Falência de múltiplos órgãos no contexto de choque hipovolémico, podendo conduzir à morte.

Complicações pouco frequentes:

- Embolização periférica (membros, vísceras); isquemia dos membros inferiores com risco de amputação.
- Complicações sensitivas e / ou motoras nos membros inferiores, também secundários a isquemia da medula óssea de gravidade variável até a paraplegia.
- Isquemia intestinal com eventual necessidade de ressecção extensa ileocólica, colostomia, possível necessidade de nutrição artificial prolongada, jejunostomia.
- Esplenectomia de necessidade com deficiência secundária de imunocompetência e plaquetas.
- Pancreatite aguda resultando em insuficiência pancreática crónica e diabetes *mellitus* secundária.
- Obstrução intestinal pós-operatória com/sem necessidade de re-intervenção mesmo após algum tempo.

- Infeção e/ou trombose protésica (mesmo após algum tempo) com conseqüente necessidade de excisão da mesma: Sépsis.
- Complicações do foro sexual caracterizadas por alterações de ereção que pode ser completa ou ejaculação retrógrada.
- Trombose venosa e/ou embolia pulmonar.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Tratamento endovascular.

Confirmando que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N.º Ordem Médicos: _____
 Assinatura: _____ N.º Mecanográfico: _____
 Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as conseqüências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____
 BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

D. ANEURISMAS VISCERAIS

D.1 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma De Artéria Esplénica

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma da artéria esplénica.

2. Descrição do ato/intervenção: O cirurgião terá de realizar uma laparotomia e irá remover total ou parcialmente o aneurisma substituindo por veia autóloga ou material protésico. Na impossibilidade de reconstrução arterial pode ser necessário laquear a artéria esplénica e realizar esplenectomia.

3. Possíveis variações na execução do procedimento: A cirurgia de aneurismectomia pode requerer reconstrução arterial direta, reconstrução com inserção de prótese vascular/segmento de veia ou impossibilidade de reconstrução arterial e consequente laqueação com esplenectomia.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenção da rotura do aneurisma e das consequentes complicações hemorrágicas, muitas vezes fatais. Prevenção de complicações embólicas e compressivas pelo aneurisma.

5. Riscos previsíveis relacionados à não execução do procedimento proposto: Risco de expansão adicional do aneurisma e rotura.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Hérnias da parede abdominal.
- Infeção da ferida operatória que às vezes requer reoperação.
- Deiscência da ferida operatória.

Complicações pouco frequentes:

- Necessidade de esplenectomia com défice secundário de imunocompetência e plaquetas.
- Complicações respiratórias caracterizadas pela necessidade de intubação prolongada, pneumonia, até mesmo traqueostomia definitiva/ dependência definitiva de oxigênio com grave incapacidade secundária.
- Hemorragia com necessidade de revisão cirúrgica.

Complicações Raras:

- Pancreatite aguda resultando em insuficiência pancreática crónica e diabetes *mellitus* secundária.
- Complicações cardíacas incluindo fatais.
- Infeção local ou generalizada; choque séptico, favorecido pela possibilidade de necessidade de esplenectomia.
- Isquemia de múltiplos órgãos e subsequente "falência de múltiplos órgãos".
- Isquemia renal com necessidade de diálise, mesmo definitiva; nefrectomia de necessidade.
- Isquemia intestinal com necessidade de ressecções intestinais extensas, colostomia, mesmo definitiva, jejunostomia, dependência também indefinida de nutrição artificial, síndrome de má absorção.
- Isquemia hepática.

- Trombose venosa/ Embolia pulmonar pós-operatória.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/ anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Exclusão endovascular / embolização do aneurisma.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N° Ordem Médicos: _____
 Assinatura: _____ N° Mecanográfico: _____
 Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____
 BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

D. ANEURISMAS VISCERAIS

D.2 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma Da Artéria Mesentérica Superior / Tronco Celíaco

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Doença aneurismática das artérias viscerais (artéria mesentérica superior / tronco celíaco).

2. Descrição do ato/intervenção: O cirurgião terá de realizar uma laparotomia e irá remover total ou parcialmente o aneurisma substituindo por veia autóloga ou material protésico.

3. Possíveis variações na execução do procedimento: A cirurgia de aneurismectomia pode requerer reconstrução arterial direta, reconstrução com inserção de prótese vascular/veia autóloga ou impossibilidade de reconstrução arterial e consequente laqueação.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenção da rotura do aneurisma e consequentes complicações hemorrágicas, muitas vezes fatais. Prevenção de complicações embólicas e compressivas. A operação pode estar associada a colecistectomia.

5. Riscos previsíveis relacionados à não execução do procedimento proposto: Risco de expansão adicional do aneurisma e rotura ou embolização com possível isquemia intestinal grave, insuficiência hepática e/ou imunodepressão por embolização do baço.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Hérnias da parede abdominal.
- Infeção da ferida operatória que às vezes requer reoperação.
- Deiscência da ferida operatória.

Complicações pouco frequentes:

- Necessidade de esplenectomia com défice secundário de imunocompetência e plaquetas.
- Complicações respiratórias as quais podem implicar: necessidade de intubação prolongada, pneumonia, até mesmo traqueostomia definitiva/ dependência definitiva de oxigénio com grave incapacidade secundária.
- Hemorragia com necessidade de revisão cirúrgica.

Complicações raras:

- Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.
- Isquemia hepática grave, cuja extensão pode implicar necessidade de ressecção segmentar. Insuficiência hepática aguda, fulminante e, portanto, fatal ou que exija transplante.
- Lesões no trato biliar que requerem procedimentos invasivos / intervenções cirúrgicas associadas ou subsequentes.
- Icterícia.
- Pancreatite aguda resultando em insuficiência pancreática crónica e diabetes *mellitus* secundária.
- Lesões contínuas do trato digestivo com necessidade de ressecções.

- Isquemia intestinal com necessidade de ressecções intestinais extensas, colostomia, temporária/definitiva, jejunostomia, dependência de nutrição artificial. Síndrome de má absorção.
- Infeção local ou generalizada; choque séptico, favorecido pela possibilidade de necessidade de esplenectomia.
- Infeção do material protésico utilizado com necessidade de remoção e posterior isquemia (poderá ser tentada a substituição por um conduto mais resistente à infeção, dependendo do quadro clínico). Risco de evolução para quadro séptico generalizado.
- Pseudoaneurismas anastomóticos.
- Complicações do foro sexual, como impotência erétil ou ejaculação retrógrada.
- Isquemia de múltiplos órgãos e subsequente "falência de múltiplos órgãos", podendo ser fatal.
- Isquemia renal com necessidade de técnica de substituição da função renal, por vezes definitiva.
- Embolia pulmonar pós-operatória.
- Morte.

7. Outras informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Exclusão endovascular / embolização do aneurisma, nem sempre exequível.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N.º Ordem Médicos: _____
 Assinatura: _____ N.º Mecanográfico: _____
 Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____
 BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

D. ANEURISMAS VISCERAIS

D.3 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma De Artéria Hepática Comum

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Doença aneurismática da artéria hepática comum não passível de tratamento endovascular.

2. Descrição do ato/intervenção: O cirurgião terá de realizar uma laparotomia e irá remover total ou parcialmente o aneurisma substituindo por veia autóloga ou material protésico.

3. Possíveis variações na execução do procedimento: A cirurgia de aneurismectomia pode requerer reconstrução arterial direta, reconstrução com inserção de prótese vascular ou impossibilidade de reconstrução arterial e consequente laqueação. Frequentemente, a operação está associada à colecistectomia.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenção da rotura do aneurisma e consequentes sequelas hemorrágicas, muitas vezes fatais. Prevenção de complicações embólicas e compressivas.

5. Riscos previsíveis relacionados à não execução do procedimento proposto: Risco de expansão adicional do aneurisma e rotura; risco de embolização com possível isquemia hepática grave; fenómenos de compressão de estruturas adjacentes.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Hérnias da parede abdominal.
- Infeção da ferida operatória que às vezes requer reoperação.
- Deiscência da ferida operatória.

Complicações pouco frequentes:

- Necessidade de esplenectomia com défice secundário de plaquetas e imunossupressão.
- Complicações respiratórias, as quais podem implicar entubação prolongada, necessidade de traqueostomia, dependência definitiva de oxigénio com grave incapacidade secundária.
- Hemorragia com necessidade de revisão cirúrgica.

Complicações raras:

- Pancreatite aguda resultando em insuficiência pancreática crónica e diabetes *mellitus* secundária.
- Complicações cardíacas, as quais podem ser fatais.
- Lesões contínuas do trato digestivo com necessidade de ressecções.
- Isquemia hepática grave, cuja extensão pode implicar necessidade de ressecção segmentar. Insuficiência hepática aguda, fulminante e, portanto, fatal ou que exija transplante.
- Lesões no trato biliar que requerem procedimentos invasivos / intervenções cirúrgicas associadas ou subsequentes.
- Icterícia.

- Infeção do material protésico utilizado com necessidade de remoção e posterior isquemia (poderá ser tentada a substituição por um conduto mais resistente à infeção, dependendo do quadro clínico). Risco de evolução para quadro séptico generalizado.
- Isquemia de múltiplos órgãos e subsequente "falência de múltiplos órgãos", a qual pode ser fatal.
- Isquemia renal com necessidade de diálise, mesmo definitiva.
- Isquemia intestinal, a qual pode condicionar necessidade de ressecções intestinais extensas, colostomia, temporária/definitiva, jejunostomia, dependência de nutrição artificial, síndrome de má absorção.
- Embolia pulmonar pós-operatória.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Exclusão endovascular / embolização do aneurisma, nem sempre exequível.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N.º Ordem Médicos: _____
 Assinatura: _____ N.º Mecanográfico: _____
 Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____
 BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

D. ANEURISMAS VISCERAIS

D.4 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Aneurisma Da Artéria Mesentérica Superior/ Tronco Celíaco

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma da artéria mesentérica superior/ tronco celíaco.

2. Descrição do ato/intervenção: O cirurgião poderá usar acesso femoral ou umeral para realizar o procedimento assim como este poderá ser percutâneo ou cirúrgico. Acede-se à artéria doente através de fio-guias e cateteres e é excluído o aneurisma com implantação de *stent* e/ou material de embolização (p.ex.:*coils*).

3. Possíveis variações na execução do procedimento: Recanalização retrógrada da artéria mesentérica superior através da exposição cirúrgica da artéria-alvo por laparotomia mediana.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenção da rotura do aneurisma e consequentes sequelas hemorrágicas, muitas vezes fatais. Prevenção de complicações embólicas e compressivas com consequente isquemia intestinal.

5. Riscos previsíveis relacionados à não execução do procedimento proposto: Risco de expansão adicional do aneurisma, rotura e/ou embolização visceral maciça.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

· Complicações no acesso arterial, incluindo a formação de hematomas, pseudoaneurismas que requerem tratamento, o qual pode ser executado com injeção de trombina guiada por *eco-Doppler* ou por cirurgia convencional.

Complicações pouco frequentes:

· Trombose arterial ou embolização periférica, eventos capazes de determinar isquemia dos membros, às vezes com uma gravidade que pode levar à necessidade de revascularização, no entanto, pode culminar em amputação.

· Complicações respiratórias as quais podem implicar: necessidade de intubação prolongada, pneumonia, até mesmo traqueostomia definitiva/ dependência definitiva de oxigênio com grave incapacidade secundária.

· Complicações cardíacas, as quais podem ser fatais.

· Oclusão completa da artéria alvo intra- ou peri-procedimento, por trombose ou dissecção, com consequente isquemia intestinal aguda. Essa situação pode levar à necessidade de ressecção cirúrgica, com colostomia (a qual pode ser definitiva), jejunostomia e/ou síndrome de má absorção crónica.

· Hemorragia no peri-operatório com necessidade de revisão cirúrgica.

· Nefropatia associada ao contraste.

· Estenose da artéria ou “fugas” *peri-stent*, mesmo após algum tempo, necessitando de novo tratamento endovascular ou cirúrgico.

Complicações raras:

- Rotura da artéria resultando em hemorragia e necessidade de conversão para cirurgia convencional do procedimento. Nessas circunstâncias, além da possível necessidade de ressecção intestinal, são adicionadas as seguintes complicações possíveis:
- Reações adversas ao meio de contraste com possíveis reações alérgicas graves até choque anafilático ou toxicidade também capazes de causar o aparecimento ou agravamento da insuficiência renal com possíveis problemas de recuperação - diálise.
- Uso de radiação e seus riscos associados.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Cirurgia com risco peri-procedimento aumentado.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:	Nº Ordem Médicos:
Assinatura:	Nº Mecanográfico:
Data:	Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:	Data:
BI/CC:	Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

D. ANEURISMAS VISCERAIS

D.5 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Aneurisma De Artéria Renal

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma de artéria renal.

2. Descrição do ato/intervenção: O cirurgião terá de realizar uma laparotomia e irá remover total ou parcialmente o aneurisma substituindo-o por veia autóloga ou material protésico. Na impossibilidade de reconstrução arterial poderá ser necessário laquear a artéria renal.

3. Possíveis variações na execução do procedimento: A cirurgia pode exigir explantação temporária do rim e subsequente reimplante. O rim pode ser recolocado no seu local anatómico ou na fossa ilíaca.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenção da rotura do aneurisma e das consequentes complicações hemorrágicas, muitas vezes fatais. Prevenção de complicações embólicas e compressivas do parênquima renal com perda definitiva de sua função.

5. Riscos previsíveis relacionados à não execução do procedimento proposto: Risco de expansão adicional do aneurisma e rotura. Embolização do parênquima renal com perda definitiva de sua função.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Hérnias da parede abdominal.
- Infeção da ferida operatória que às vezes requer reoperação.
- Deiscência da ferida operatória.

Complicações pouco frequentes:

- Complicações cardíacas incluindo fatais.
- Complicações respiratórias caracterizadas pela necessidade de intubação prolongada, pneumonia, até mesmo traqueostomia definitiva/ dependência definitiva de oxigénio com grave incapacidade secundária.
- Hemorragia com necessidade de revisão cirúrgica.

Complicações raras:

- Infeção local ou generalizada; choque séptico, favorecido pela possibilidade de necessidade de esplenectomia (se rim esquerdo).
- Isquemia de múltiplos órgãos e subsequente "falência de múltiplos órgãos".
- Isquemia renal com necessidade de diálise, mesmo definitiva. Possível necessidade de nefrectomia na impossibilidade de reconstrução. Lesões dos ureteres, havendo necessidade de reconstruções com implante de *stents* ureterais (Duplo J).
- Isquemia intestinal com necessidade de ressecções intestinais extensas, colostomia, mesmo definitiva, jejunostomia, dependência também indefinida de nutrição artificial, síndrome de má absorção.
- Pancreatite aguda resultando em insuficiência pancreática crónica e diabetes *mellitus* secundária.

- Necessidade de esplenectomia com défice secundário de plaquetas e imunocompetência.
- Complicações embólicas afetando, p.ex, os rins.
- Infeção generalizada, choque séptico.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Exclusão endovascular / embolização do aneurisma, nem sempre exequível.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N.º Ordem Médicos: _____
 Assinatura: _____ N.º Mecanográfico: _____
 Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____
 BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

D. ANEURISMAS VISCERAIS

D.6 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Aneurisma Da Artéria Renal

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma da artéria renal.

2. Descrição do ato/intervenção: O cirurgião poderá usar acesso femoral ou umeral para realizar o procedimento assim como este poderá ser percutâneo ou cirúrgico. Acede-se à artéria doente através de fio-guias e cateteres e é excluído o aneurisma com implantação de *stent* e/ou *coils*.

3. Possíveis variações na execução do procedimento: Nenhum.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenção da rotura do aneurisma e consequentes sequelas hemorrágicas, muitas vezes fatais. Prevenção de complicações embólicas e compressivas.

5. Riscos previsíveis relacionados à não execução do procedimento proposto: Risco de expansão adicional do aneurisma e rotura. Embolização do parênquima renal com perda definitiva de sua função.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

· Complicações no acesso arterial, incluindo a formação de hematomas, pseudoaneurismas que requerem tratamento por compressão, injeção de trombina guiada por *eco-Doppler* ou tratamento cirúrgico.

Complicações pouco frequentes:

- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória podendo ser definitiva com a necessidade de dependência de oxigénio e/ou a necessidade de traqueostomia. Embolia pulmonar.
- Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.
- Trombose arterial ou embolização periférica, eventos capazes de determinar isquemia dos membros, às vezes com uma gravidade que exija amputação ou revascularização.
- Oclusão completa da artéria visceral intra ou peri-procedimento por trombose ou dissecação com consequente isquemia renal aguda com possível necessidade de diálise definitiva/temporária.
- Estenose do vaso ou "fugas" peri-stent, mesmo após algum tempo, necessitando de novo tratamento endovascular ou cirúrgico.

Complicações raras:

- Rotura da artéria resultando em hemorragia e necessidade de conversão para cirurgia convencional. Nessas circunstâncias, além da possível necessidade de ressecção intestinal, são adicionadas as seguintes complicações possíveis:
 - Complicações cardíacas, às vezes fatais; complicações respiratórias caracterizadas pela necessidade de intubação prolongada, pneumonia, traqueostomia temporária/definitiva, dependência de oxigénio também temporária/definitiva e possível incapacidade grave secundária a ela.

- Necessidade de nefrectomia com possível desenvolvimento de insuficiência renal, até mesmo necessidade de tratamento dialítico, que pode ser definitivo.
- Hemorragia no peri-operatório com necessidade de revisão cirúrgica.
- Reações adversas ao meio de contraste com possíveis reações alérgicas graves até choque anafilático ou toxicidade, também capazes de causar o aparecimento ou agravamento da insuficiência renal com possíveis problemas de recuperação - diálise.
- Uso de radiação e seus riscos associados.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Cirurgia com risco peri-procedimento aumentado.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: N° Ordem Médicos:

Assinatura: N° Mecanográfico:

Data: Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: Data:

BI/CC: Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

E. DOENÇA OBSTRUTIVA VISCERAL

E.1 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Doença Oclusiva Das Artérias Viscerais

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Doença arterial obstrutiva das artérias viscerais (artéria mesentérica superior / tronco celíaco) a condicionar angina abdominal e conseqüente perda ponderal significativa.

2. Descrição do ato/intervenção: O cirurgião terá de realizar uma laparotomia e irá realizar um *bypass* com veia autóloga ou material protésico.

3 Possíveis variações na execução do procedimento: O *inflow* do *bypass* poderá ser na aorta supra-renal / infra-renal ou artéria ilíaca, conforme anatomia do doente.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Revascularização dos vasos esplâncnicos e resolução de complicações intestinais isquémicas (angina abdominal e / ou anorexia e / ou perda ponderal).

5. Riscos previsíveis relacionados à não execução do procedimento proposto: agravamento dos sintomas por isquemia intestinal irreversível.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

- Hérnias da parede abdominal.
- Infeção da ferida operatória que às vezes requer reoperação.
- Deiscência da ferida operatória.

Complicações pouco frequentes:

- Necessidade de esplenectomia com défice secundário de imunocompetência e plaquetas.
- Complicações respiratórias as quais podem implicar: necessidade de intubação prolongada, pneumonia, até mesmo traqueostomia definitiva/ dependência definitiva de oxigênio com grave incapacidade secundária.
- Hemorragia com necessidade de revisão cirúrgica.

Complicações Raras:

- Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.
- Isquemia hepática grave, cuja extensão pode implicar necessidade de ressecção segmentar. Insuficiência hepática aguda, fulminante e, portanto, fatal ou que exija transplante.
- Lesões no trato biliar que requerem procedimentos invasivos / intervenções cirúrgicas associadas ou subsequentes.
- Icterícia.
- Pancreatite aguda resultando em insuficiência pancreática crónica e diabetes *mellitus* secundária.
- Lesões contínuas do trato digestivo com necessidade de ressecções.

- Isquemia intestinal com necessidade de ressecções intestinais extensas, colostomia, temporária/definitiva, jejunostomia, dependência de nutrição artificial. Síndrome de má absorção.
- Infeção local ou generalizada; choque séptico, favorecido pela possibilidade de necessidade de esplenectomia.
- Infeção do material protésico utilizado com necessidade de remoção e posterior isquemia (poderá ser tentada a substituição por um conduto mais resistente à infeção, dependendo do quadro clínico). Risco de evolução para quadro séptico generalizado.
- Pseudoaneurismas anastomóticos.
- Complicações do foro sexual, como impotência erétil ou ejaculação retrógrada.
- Isquemia de múltiplos órgãos e subsequente "falência de múltiplos órgãos", podendo culminar na morte.
- Isquemia renal com necessidade de técnica de substituição da função renal, por vezes definitiva.
- Embolia pulmonar pós-operatória.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Nenhuma.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

E. DOENÇA OBSTRUTIVA VISCERAL

E.2 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Estenose/Oclusão Da Artéria Mesentérica Superior

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Oclusão aguda da artéria mesentérica superior.

2. Descrição do ato/intervenção: O cirurgião poderá usar acesso percutâneo/cirúrgico femoral ou umeral para realizar o procedimento. Posteriormente é realizada a recanalização da artéria doente com fio guia e colocado um *stent* com ou sem pré-dilatação com balão. Após verificação do correto posicionamento do *stent* e da correção da lesão através de nova aortografia são removidos os dispositivos e encerrado o acesso.

3. Possíveis variações na execução do procedimento: Recanalização retrógrada da artéria mesentérica superior através da exposição cirúrgica da artéria-alvo por laparotomia mediana.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Revascularização dos vasos esplâncnicos com suspensão da progressão da isquemia de ansas suspendendo ou minimizando a necessidade de ressecção das mesmas.

5. Riscos previsíveis relacionados à não execução do procedimento proposto: agravamento do quadro isquémico intestinal com progressão para isquemia de ansas transmural.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

· Complicações no acesso arterial, incluindo a formação de hematoma ou pseudoaneurisma que requerem tratamento por compressão guiada por *eco-Doppler* ou tratamento cirúrgico. Trombose arterial ou embolização periférica, eventos capazes de determinar isquemia dos membros, às vezes com uma gravidade que exija amputação ou revascularização.

Complicações pouco frequentes:

· Progressão da oclusão da artéria visceral intra ou peri-procedimento por trombose ou dissecção ou embolização distal intra-procedimento com conseqüente agravamento da isquemia intestinal e progressão da isquemia das ansas. Este quadro poderá tornar necessária a ressecção intestinal e realização de colostomia ou jejunostomia (temporária ou definitiva) com conseqüente síndrome de má absorção crónica, além de complicações genéricas secundárias ao procedimento cirúrgico. Em caso de laparotomia mediana exploratória ou para recanalização retrógrada:

· Lesão renal.

· Choque séptico.

· Isquemia multiorgânica e subsequente falência multiorgânica.

· Esplenectomia de necessidade com deficiência secundária de imunocompetência e plaquetas.

· Hemorragia perioperatório com necessidade de revisão cirúrgica.

· Infeção e deiscência de feridas.

· Hérnia incisional.

· Complicações respiratórias como insuficiência respiratória podendo ser definitiva com a necessidade de dependência de oxigénio e/ou a necessidade de traqueostomia. Embolia pulmonar.

· Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.

· Restenose do vaso mesmo após algum tempo (hiperplasia intimal, aterosclerose), necessitando de novo tratamento endovascular ou cirúrgico.

Complicações raras:

- Rotura da artéria resultando em hemorragia e necessidade de conversão cirúrgica do procedimento endovascular. Nessas circunstâncias, além da possível necessidade de ressecção intestinal, são adicionadas as seguintes complicações possíveis: complicações cardíacas; complicações respiratórias caracterizadas pela necessidade de intubação prolongada, pneumonia, traqueostomia temporária/definitiva, dependência de oxigênio também temporária/definitiva com grave incapacidade secundária.
- Reações adversas ao meio de contraste com possíveis reações alérgicas graves até choque anafilático ou toxicidade, também capazes de causar o aparecimento ou agravamento da insuficiência renal com possíveis problemas de recuperação - diálise.
- Uso de radiação e seus riscos associados.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Cirurgia com risco peri-procedimento aumentado.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:	Nº Ordem Médicos:
Assinatura:	Nº Mecnográfico:
Data:	Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:	Data:
BI/CC:	Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

E. DOENÇA OBSTRUTIVA VISCERAL

E.3 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Estenose Das Artérias Renais

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Estenose da artéria(s) renal(ais).

2. Descrição do ato/intervenção: O cirurgião poderá usar acesso femoral ou umeral “percutâneo/cirúrgico para realizar o procedimento. Posteriormente é realizada a recanalização da artéria alvo com um fio-guia e colocado um *stent* com ou sem pré-dilatação com balão. Após verificação do correto posicionamento do *stent* e da correção da lesão através de nova aortografia são removidos os dispositivos e encerrado o acesso.

3. Possíveis variações na execução do procedimento: Angioplastia simples ou associada à implantação de *stent*. Acesso arterial percutâneo ao nível da artéria femoral comum, ou artéria umeral ou radial.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenção de oclusão completa da artéria com consequente perda permanente da função renal. Prevenção de embolização da placa ateromatosa, evento capaz de condicionar disfunção renal grave.

5. Riscos previsíveis relacionados à não execução do procedimento proposto: Progressão da estenose para completa oclusão; embolização; eventos capazes de causar perda definitiva da função renal.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Complicações frequentes:

· Complicações no acesso arterial, incluindo a formação de hematomas, pseudoaneurismas que requerem tratamento por compressão guiada por *eco-Doppler* ou tratamento cirúrgico. Trombose arterial ou embolização periférica, eventos capazes de determinar isquemia dos membros, às vezes com uma gravidade que exija amputação ou revascularização.

Complicações pouco frequentes:

· Oclusão completa da artéria visceral intra ou peri-procedimento por trombose ou dissecção.
 · Embolização de um fragmento da placa ateromatosa para o parênquima renal.
 - ambas as situações podem condicionar lesão renal aguda ou agravamento da doença renal crónica pré-existente com necessidade de tratamento dialítico permanente ou definitivo.
 · Restenose do vaso a médio-prazo (hiperplasia intimal, aterosclerose), com necessidade de novo tratamento, endovascular ou cirúrgico.

Complicações raras:

· Rotura artéria renal com consequente hemorragia e necessidade de conversão para cirurgia convencional. Nestas circunstâncias, além da eventual necessidade de nefrectomia e diálise pós-operatória, acrescentam-se as seguintes possíveis complicações:
 complicações cardíacas; complicações respiratórias com possibilidade de entubação prolongada e/ou pneumonia com

grave incapacidade secundária, dependência crónica de oxigénio, traqueostomia (temporária ou definitiva); lesões que acometem o trato urinário, com necessidade de reconstruções também através da colocação de *stents* ureterais (duplo J); sépsis; choque séptico, isquemia de múltiplos órgãos (por embolia ou hipoperfusão) e consequente falência multiorgânica. Isquemia intestinal; esplenectomia de necessidade com deficiência secundária de imunocompetência e doença plaquetária; hemorragia perioperatória com necessidade de cirurgia de revisão; infeção da ferida e deiscência; hérnia incisional.

· Reações adversas ao meio de contraste com possíveis reações alérgicas graves até choque anafilático ou toxicidade, também capazes de causar o aparecimento ou agravamento da insuficiência renal com possíveis problemas de recuperação - diálise.

· Uso de radiação e seus riscos associados.

· Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Cirurgia com risco peri-procedimento aumentado.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N° Ordem Médicos: _____

Assinatura: _____ N° Mecanográfico: _____

Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____

BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

F. ANEURISMAS PERIFÉRICOS

F.1 Consentimento Informado Escrito Para Cirurgia Convencional De Aneurisma Umeral

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma da artéria umeral com indicação cirúrgica.

2. Descrição do ato/intervenção: Laqueação e exclusão de aneurisma umeral com reconstrução arterial (protésica /veia autóloga).

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Em situações particulares, principalmente em aneurismas saculares, pode ser efetuado encerramento direto do vaso, sem necessidade de utilização de material de reconstrução.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto:

- Prevenção de trombose completa ou embolização distal, situações estas capazes de precipitar isquemia aguda grave do membro com alto risco de amputação.
- Prevenção da rotura do aneurisma e consequentes complicações hemorrágicas, com risco de perda de membro.
- Prevenção de complicações secundárias à compressão de estruturas próximas (particularmente, veias, nervos e pele).

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto:

- Alto risco de isquemia aguda e subsequente amputação de membro.
- Alto risco de hemorragia.
- Risco de lesões por compressão neurológica e déficits sensitivo-motores subsequentes.
- Risco de compressões venosas (trombose venosa profunda).
- Risco de compressão da pele subjacente que pode evoluir para necrose.
- Claudicação do membro, dor em repouso, lesões tróficas, gangrena ou até sépsis com eventual necessidade de amputação do membro por quadro de agravamento de isquemia crónica.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Hematoma/Linfocelo no local da ferida com possível infeção secundária e/ou necessidade de revisão cirúrgica.

Complicações pouco frequentes:

- Infeção/Deiscência da ferida com cicatrização lenta, por segunda intenção e/ou com necessidade de re-intervenção cirúrgica.
- Lesão dos nervos periféricos com alterações de sensibilidade e motilidade dos membros inferiores (limitada ou definitiva).

Complicações Raras:

- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória podendo ser definitiva com a necessidade de dependência de oxigénio e/ou a necessidade de traqueostomia. Embolia pulmonar.
- Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.

- Hemorragia, a qual pode evoluir para choque hemorrágico, podendo ser necessário cirurgia de revisão e/ou transfusão de hemoderivados.
- Trombose pós-operatória do enxerto de interposição ou artérias nativas com isquemia do membro. Embolização periférica. Necrose isquémica do membro com necessidade de amputação.
- Infeção do material protésico utilizado com necessidade de remoção e posterior isquemia. Dependendo das circunstâncias, poderá ser tentada a reconstrução arterial com material mais resistente à infeção. Quadro séptico generalizado.
- Restenose do vaso ou estenose da anastomose devido à recorrência de doença aterosclerótica ou hiperplasia intimal exigindo reoperação. Formação de pseudoaneurismas anastomóticos.

7. Outras informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Sem critérios para exclusão endovascular com *stent* coberto.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N.º Ordem Médicos: _____
 Assinatura: _____ N.º Mecanográfico: _____
 Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____
 BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

F. ANEURISMAS PERIFÉRICOS

F.2 Consentimento Informado Escrito Para Cirurgia Convencional De Aneurisma Femoral Comum

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma femoral comum com indicação cirúrgica.

2. Descrição do ato/intervenção: Laqueação e exclusão de aneurisma femoral com reconstrução (protésica/veia autóloga).

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Nenhuma.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto:

- Prevenção de trombose completa ou embolização distal por trombo aneurismático, situações capazes de precipitar isquemia aguda grave do membro com alto risco de amputação.
- Prevenção da rotura do aneurisma e consequentes complicações hemorrágicas e também com risco de perda de membro.
- Prevenção de complicações secundárias à compressão de estruturas próximas (particularmente, veias, nervos e pele).

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto:

- Alto risco de isquemia aguda e subsequente amputação de membro.
- Alto risco de hemorragia.
- Risco de lesões por compressão neurológica e déficits sensitivo-motores subsequentes.
- Risco de compressão venosa (trombose venosa profunda).
- Risco de lesão por compressão da pele com desenvolvimento de isquemia da mesma, podendo evoluir para necrose, infeção.
- Claudicação do membro, dor em repouso, lesões tróficas, gangrena ou até sépsis com eventual necessidade de amputação do membro por quadro de agravamento de isquemia crónica.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Hematoma/Linfocelo no local da ferida com possível infeção secundária e/ou necessidade de revisão cirúrgica.
- Infeções de feridas operatórias.

Complicações pouco frequentes:

- Deiscência da ferida com cicatrização lenta, por segunda intenção e/ou com necessidade de re-intervenção.

· Lesão dos nervos periféricos com alterações de sensibilidade e motilidade dos membros inferiores (limitada ou definitiva).

Complicações Raras:

- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória podendo ser definitiva com a necessidade de dependência de oxigénio e/ou a necessidade de traqueostomia. Embolia pulmonar.
- Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.
- Choque hemorrágico ou hemorragia requerendo cirurgia de revisão e/ou transfusão de hemoderivados.
- Trombose pós-operatória de enxerto de interposição ou artérias nativas com isquemia do membro. Embolização periférica. Necrose isquémica do membro com necessidade de amputação.
- Infeção do material protésico utilizado com necessidade de remoção e posterior isquemia (poderá ser tentada a substituição por um conduto mais resistente à infeção, dependendo do quadro clínico). Risco de evolução para quadro séptico generalizado.
- Restenose do vaso ou estenose da anastomose devido à recorrência de doença aterosclerótica ou hiperplasia intimal exigindo re-intervenção cirúrgica. Formação de pseudoaneurismas anastomóticos.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Sem critérios para exclusão endovascular com *stent* coberto.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

F. ANEURISMAS PERIFÉRICOS

F.3 Consentimento Informado Escrito Para Cirurgia Convencional De Aneurisma Poplíteo

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma poplíteo com indicação cirúrgica.

2. Descrição do ato/intervenção: Laqueação e exclusão de aneurisma poplíteo. Reconstrução arterial com enxerto de interposição (com prótese vascular ou veia autóloga) femoro-poplíteo infragenicular, pela face medial do membro inferior.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Laqueação e exclusão de aneurisma poplíteo por via posterior, com ou sem aneurismectomia, e enxerto de interposição (com prótese vascular ou veia autóloga) poplíteo-poplíteo.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto:

- Prevenção de trombose completa ou embolização distal, situações estas que podem precipitar isquemia aguda grave do membro com alto risco de amputação.
- Prevenção da rotura do aneurisma e consequentes complicações hemorrágicas e risco de perda de membro.
- Prevenção de complicações secundárias à compressão de estruturas próximas (particularmente venosas e nervosas).

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto:

- Alto risco de isquemia aguda e subsequente amputação de membro.
- Risco de claudicação do membro, dor em repouso, lesões tróficas, gangrena ou até sépsis com eventual necessidade de amputação do membro por quadro de agravamento de isquemia crónica.
- Risco de hemorragia.
- Risco de lesões por compressão neurológica e/ou déficits sensorio-motores subsequentes.
- Risco de compressões venosas (trombose venosa profunda).

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Hematoma/Linfocelo no local da ferida com possível infeção secundária e/ou necessidade de revisão cirúrgica.

Complicações pouco frequentes:

- Deiscência da ferida com cicatrização lenta, por segunda intenção e/ou com necessidade de re-intervenção.
- Lesão dos nervos periféricos com alterações de sensibilidade e motilidade dos membros inferiores (limitada ou definitiva).

Complicações Raras:

- Impossibilidade de realização de cirurgia de revascularização por inadequação dos vasos para receber o enxerto de interposição.

- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória podendo ser definitiva com a necessidade de dependência de oxigénio e/ou a necessidade de traqueostomia. Embolia pulmonar.
- Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.
- Hemorragia, a qual pode evoluir para choque hemorrágico, podendo requerer cirurgia de revisão e/ou transfusão de hemoderivados.
- Trombose pós-operatória do enxerto de interposição ou artérias nativas com isquemia do membro. Embolização periférica. Necrose isquémica do membro com necessidade de amputação.
- Infeções de feridas operatórias, infeção do material protésico utilizado com necessidade de remoção e posterior isquemia. Dependendo das circunstâncias, poderá ser tentada a reconstrução arterial com material mais resistente à infeção. Quadro séptico generalizado.
- Restenose do vaso ou estenose da anastomose devido à recorrência de doença aterosclerótica ou hiperplasia intimal exigindo re-intervenção cirúrgica. Formação de pseudoaneurismas anastomóticos.
- Síndrome compartimental requerendo fasciotomias (apresentação sob a forma de isquemia aguda).

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Exclusão endovascular com *stent* coberto se tecnicamente exequível.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

F. ANEURISMAS PERIFÉRICOS

F.4 Consentimento Informado Escrito Para Exclusão Endovascular De Aneurisma Poplíteo

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Aneurisma poplíteo com indicação cirúrgica.

2. Descrição do ato/intervenção: Angiografia dos eixos arteriais do membro inferior e exclusão do aneurisma com um *stent* coberto; esta pode ser realizava via artéria umeral ou femoral, percutâneo/cirúrgico.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: No caso do aneurisma se encontrar ocluído de forma aguda poderá ser necessário realizar adicionalmente procedimentos de recuperação dos vasos distais: trombectomia com balão Fogarty (convencional) ou utilização de dispositivo de trombólise fármaco-mecânica ou de aspiração (endovascular).

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto:

- Melhora da perfusão arterial do membro inferior e conseqüente aumento do intervalo livre de claudicação e/ou melhoria da dor em repouso.
- Prevenção de possíveis complicações graves ligadas essencialmente à falta de sangue arterial nos membros inferiores que podem causar dor durante a marcha e em repouso, necrose dos tecidos com aparecimento de lesões ulcerativas ou gangrena.
- Melhora da perfusão arterial do membro inferior e conseqüente aumento do intervalo livre de claudicação e/ou melhoria da dor em repouso.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto:

- Progressão da doença resultando numa diminuição do intervalo de marcha livre de claudicação.
- Agravamento do quadro isquémico com progressão da sintomatologia dolorosa em repouso, lesões tróficas, gangrena, sépsis com eventual necessidade de amputação do membro afetado.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Hematoma no local da ferida com possível infecção secundária e/ou necessidade de revisão cirúrgica.

Complicações pouco frequentes:

- Infecção de feridas operatórias, infecção do material protésico utilizado com necessidade de remoção e posterior isquemia. Quadro séptico generalizado.
- Complicações no local do cateterismo arterial: dissecação ou trombos - eventos que podem determinar isquemia do membro com necessidade de correção cirúrgica. Complicações no acesso arterial com formação de hematomas ou pseudoaneurismas que requerem tratamento por compressão, cirúrgico ou através da injeção ecoguiada de trombina.

Complicações Raras:

- Impossibilidade de exclusão completa por esta abordagem.
- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória podendo ser definitiva com a necessidade de dependência de oxigénio e/ou a necessidade de traqueostomia. Embolia pulmonar.
- Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.
- Hemorragia, a qual pode evoluir para choque hemorrágico, podendo ser necessário cirurgia de revisão e/ou transfusão de hemoderivados.
- Insuficiência renal com risco de diálise podendo esta ser definitiva.
- Reações alérgicas ao meio de contraste, choque anafilático.
- Uso de radiação e seus riscos associados.
- Embolização periférica, a qual pode condicionar a necessidade de cirurgia. Necrose isquémica do membro com necessidade de amputação.
- Restenose do vaso ou estenose devido à recorrência de doença aterosclerótica ou hiperplasia intimal exigindo re-intervenção cirúrgica.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Tratamento por cirurgia aberta com aumento do risco anestésico-cirúrgico.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

G. DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

G.1 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Doença Obstrutiva Do Eixo Arterial Aorto-Ilíaco Com Recurso A *Bypass* Aorto-Bi-Femoral

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Doença obstrutiva do eixo aorto-ilíaco sintomática.

2. Descrição do ato/intervenção: O cirurgião terá de realizar uma laparotomia e efetuar um *bypass* Aorto-bi-femoral.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: A clampagem da aorta pode ser efetuada a nível supra ou infra-renal; pode ou não ser efetuada a reimplantação da artéria mesentérica inferior; pode apenas ser necessário efetuar *bypass* aorto-uni-femoral; pode ser necessário efetuar adicionalmente endarterectomia femoral e profundoplastia.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto:

- Prevenção de possíveis complicações graves ligadas essencialmente à falta de sangue arterial nos membros inferiores que podem causar sintomas dolorosos durante a marcha (claudicação intermitente) e em repouso, necrose dos tecidos com aparecimento de lesões ulcerativas ou gangrena.
- Melhoria da perfusão arterial do membro inferior e consequente aumento do intervalo livre de claudicação e/ou melhoria da dor em repouso.
- Prevenção da extensão proximal da trombose aórtica com envolvimento de artérias renais e subsequente insuficiência renal aguda e diálise.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto:

- Progressão da doença resultando num encurtamento do intervalo de marcha livre de claudicação.
- Agravamento do quadro isquémico com progressão da sintomatologia dolorosa em repouso, das lesões tróficas/gangrena, risco de desenvolvimento de sépsis. Eventual necessidade de procedimento de amputação dos membros inferiores, *minor* ou *major*.
- Insuficiência renal aguda com possível necessidade de diálise, em caso de trombose aórtica com progressão do trombo até ao nível das artérias renais ou embolização das mesmas.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Hérnias da parede abdominal.
- Hematoma/Linfocelo no local da ferida com possível infeção secundária e/ou necessidade de revisão cirúrgica.
- Deiscência da ferida operatória.

Complicações pouco frequentes:

- Hemorragia com necessidade de revisão cirúrgica.

- Necessidade de esplenectomia com deficiência de plaquetas e imunossupressão secundária.
- Infeção de feridas operatórias

Complicações Raras:

- Complicações cardíacas, como enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca, alterações de ritmo, as quais podem ter sequelas irreversíveis.
- Complicações respiratórias, as quais podem condicionar insuficiência respiratória que pode ser definitiva. Risco de necessidade de dependência de oxigénio e/ou a necessidade de traqueostomia, temporária ou definitiva.
- Insuficiência renal, com risco de necessidade de diálise, por vezes definitiva. A presença de oclusão da aorta justa-renal e a necessidade de clampagem supra-renal expõem o doente a um risco mais elevado de complicações isquémicas/embólicas dos rins e conseqüente perda definitiva da função renal.
- Isquemia intestinal com necessidade de ressecção ileal e/ou cólica extensa, colostomia, jejunostomia ou necessidade de nutrição artificial ou jejunostomia.
- Pancreatite aguda resultando em insuficiência pancreática crónica e diabetes *mellitus* secundária.
- Oclusão intestinal pós-operatória, necessitando também de cirurgia.
- Hemorragia, a qual pode evoluir para choque hemorrágico, podendo ser necessário efetuar cirurgia de revisão e/ou transfusão de hemoderivados.
- Trombose pós-operatória de *bypass* ou de artérias nativas com isquemia do membro. Embolização periférica e/ou visceral com conseqüente necrose de órgão alvo e necessidade de amputação e/ou ressecção intestinal.
- Isquemia medular/Lesão dos nervos periféricos com alterações de sensibilidade e motilidade dos membros inferiores (limitada ou definitiva).
- Infeção do material protésico utilizado com necessidade de remoção e posterior isquemia. (poderá ser tentada a substituição por um conduto mais resistente à infeção, dependendo do quadro clínico). Risco de evolução para quadro séptico generalizado.
- Restenose do vaso ou estenose da anastomose devido à recorrência de doença aterosclerótica ou hiperplasia intimal exigindo re-intervenção cirúrgica. Formação de pseudoaneurismas anastomóticos.
- Complicações do foro sexual caracterizados por disfunção erétil, por vezes com impotência completa, ou ejaculação retrógrada.
- Trombose venosa e/ou embolia pulmonar.
- Síndrome compartimental requerendo fasciotomias.
- Falência multiorgânica.
- Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Sem padrão para tratamento endovascular.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

G. DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

G.2 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Doença Obstrutiva Do Eixo Arterial Aorto-Ilíaco Com Recurso A *Bypass* Axilo-Femoral

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Doença obstrutiva do eixo aorto-íliaco sintomática, em que as condições anatómicas e clínicas gerais impedem a revascularização *in situ*.

2. Descrição do ato/intervenção: *Bypass*/Ponte protésica axilo-femoral.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: *Bypass* axilo-femoral unilateral/bilateral.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto:

- Melhoria da perfusão arterial do membro inferior e consequente aumento do intervalo livre de claudicação e/ou melhoria da dor em repouso.
- Prevenção de possíveis complicações graves ligadas essencialmente à falta de sangue arterial nos membros inferiores que podem causar dor em repouso, necrose dos tecidos com aparecimento de lesões ulcerativas ou gangrena.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto:

- Agravamento do quadro isquémico com progressão da sintomatologia dolorosa em repouso, lesões tróficas, gangrena, sépsis com eventual necessidade de procedimentos de amputação dos membros inferiores, minor ou major.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Hematoma/Linfocelo no local da ferida com possível infeção secundária e/ou necessidade de revisão cirúrgica.

Complicações pouco frequentes:

- Deiscência da ferida com cicatrização lenta, por segunda intenção e/ou com necessidade de re-intervenção cirúrgica.
- Infeção de feridas operatórias.
- Lesão dos nervos periféricos com alterações de sensibilidade e motilidade dos membros inferiores (limitada ou definitiva).

Complicações Raras:

- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória podendo ser definitiva com a necessidade de dependência de oxigénio e/ou a necessidade de traqueostomia. Embolia pulmonar.
- Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.
- Hemorragia, a qual pode evoluir para choque hemorrágico, podendo requerer cirurgia de revisão e/ou transfusão de hemoderivados.
- Trombose pós-operatória de *bypass* ou artérias nativas com isquemia do membro. Embolização periférica com isquemia irreversível do membro e necessidade de amputação.

- Infeção do material protésico utilizado com necessidade de remoção e posterior isquemia. (poderá ser tentada a substituição por um conduto mais resistente à infeção, dependendo do quadro clínico). Risco de evolução para quadro séptico generalizado.
- Quilotórax.
- Lesão do nervo frénico com parésia/paralisia hemidiafragmática e eventuais complicações respiratórias.
- Restenose do vaso ou estenose da anastomose devido à recorrência de doença aterosclerótica ou hiperplasia intimal exigindo re-intervenção cirúrgica. Formação de pseudoaneurismas anastomóticos.
- Síndrome compartimental requerendo fasciotomias.
- Acidente vascular cerebral por risco de perturbação da circulação cerebral posterior (artéria vertebral).

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Sem padrão para tratamento endovascular.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:	Nº Ordem Médicos:
Assinatura:	Nº Mecanográfico:
Data:	Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:	Data:
BI/CC:	Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

G. DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

G.3 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Doença Obstrutiva Do Eixo Arterial Aorto-Ilíaco Com Recurso A *Bypass* Femoro-Femoral Cruzado

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Oclusão/estenose do eixo ilíaco sintomática, não passível de revascularização convencional anatómica ou endovascular.

2. Descrição do ato/intervenção: *Bypass*/Ponte protésica femoro-femoral.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Poderá ser necessário efetuar procedimentos de melhoria do fluxo de sangue no eixo ilíaco dador, habitualmente angioplastia com ou sem *stent* associado.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto:

- Melhora da perfusão arterial do membro inferior e conseqüente aumento do intervalo livre de claudicação e/ou melhoria da dor em repouso e/ou melhoria de lesões tróficas.
- Prevenção de possíveis complicações graves ligadas essencialmente à falta de sangue arterial nos membros inferiores que podem causar dor durante a marcha e em repouso, necrose dos tecidos com aparecimento de lesões ulcerativas ou gangrena.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto:

- Progressão da doença resultando num agravamento do intervalo de marcha livre de claudicação.
- Agravamento do quadro isquémico com progressão da sintomatologia dolorosa em repouso, das lesões tróficas/gangrena, risco de desenvolvimento de sépsis. Eventual necessidade de procedimento de amputação dos membros inferiores, minor ou *major*.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Hematoma/Linfocelo no local da ferida com possível infeção secundária e/ou necessidade de revisão cirúrgica.

Complicações pouco frequentes:

- Deiscência da ferida com cicatrização lenta, por segunda intenção e/ou com necessidade de re-intervenção cirúrgica.
- Lesão dos nervos periféricos com alterações de sensibilidade e motilidade dos membros inferiores (limitada ou definitiva).
- Infeção de feridas operatórias com necessidade de re-intervenção.

Complicações Raras:

- Impossibilidade de realização de cirurgia de revascularização por necessidade e incapacidade de melhoria do eixo ilíaco dador.

- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória podendo ser definitiva com a necessidade de dependência de oxigénio e/ou a necessidade de traqueostomia. Embolia pulmonar.
- Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.
- Hemorragia, a qual pode evoluir para choque hemorrágico, podendo ser necessário cirurgia de revisão e/ou transfusão de hemoderivados.
- Trombose pós-operatória de *bypass* ou artérias nativas com isquemia do membro. Embolização periférica com necrose irreversível do membro e necessidade de amputação.
- Infeção do material protésico utilizado com necessidade de remoção e posterior isquemia. (poderá ser tentada a substituição por um conduto mais resistente à infeção, dependendo do quadro clínico). Risco de evolução para quadro séptico generalizado.
- Restenose do vaso ou estenose da anastomose devido à recorrência de doença aterosclerótica ou hiperplasia intimal exigindo re-intervenção. Formação de pseudoaneurismas anastomóticos.
- Síndrome compartimental requerendo fasciotomias.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Sem padrão para tratamento endovascular.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N° Ordem Médicos: _____
 Assinatura: _____ N° Mecanográfico: _____
 Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____
 BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

G. DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

G.4 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Doença Obstrutiva Do Eixo Arterial Aorto-Ilíaco Com Recurso A Angioplastia

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Estenose/ oclusão do eixo aorto-ilíaco sintomática.

2. Descrição do ato/intervenção: Exame angiográfico do eixo ilíaco, recanalização das lesões identificadas, angioplastia (dilatação) e possível colocação de *stent*. O acesso pode ser percutâneo ou cirúrgico.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Acesso vascular da(s) artérias femorais e/ou artéria umeral, o qual pode ser percutâneo ou por exposição cirúrgica. Em alguns casos pode ser necessária a colocação de *stents* cobertos desde a aorta até às ilíacas comuns (CERAB - *Covered endovascular reconstruction of aortic bifurcation*).

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto:

- Prevenção de possíveis complicações graves ligadas essencialmente à falta de sangue arterial nos membros inferiores que podem causar dor durante a marcha e em repouso, necrose dos tecidos com aparecimento de lesões ulcerativas ou gangrena.
- Melhoria da perfusão arterial do membro inferior e consequente aumento do intervalo livre de claudicação e/ou melhoria da dor em repouso.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto:

- Progressão da doença resultando num agravamento do intervalo de marcha livre de claudicação.
- Agravamento do quadro isquémico com progressão da sintomatologia dolorosa em repouso, das lesões tróficas/gangrena, risco de desenvolvimento de sépsis. Eventual necessidade de procedimento de amputação dos membros inferiores, *minor* ou *major*.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

Complicações no local do cateterismo arterial:

- Complicações no acesso arterial com formação de hematomas ou pseudoaneurismas que requerem tratamento por compressão, cirúrgico ou através da injeção ecoguiada de trombina.
- Dissecção ou trombose arterial - eventos capazes de determinar isquemia do membro com necessidade de correção cirúrgica.
- Rotura da artéria ilíaca durante a recanalização, com hemorragia retroperitoneal e eventual choque hipovolémico

Complicações pouco frequentes:

- Hematoma no local da ferida com possível infeção secundária e/ou necessidade de revisão cirúrgica.

Complicações Raras:

- Impossibilidade de revascularização completa por esta abordagem.
- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória podendo ser definitiva com a necessidade de dependência de oxigénio e/ou a necessidade de traqueostomia. Embolia pulmonar.
- Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.
- Choque hemorrágico ou hemorragia requerendo cirurgia de revisão e/ou transfusão de hemoderivados.
- Insuficiência renal, secundária à utilização de contraste ou por embolização, com risco de diálise podendo este ser definitivo.
- Reações alérgicas ao meio de contraste podendo mesmo chegar a choque anafilático.
- Uso de radiação e seus riscos associados.
- Embolização periférica condicionando a necessidade de cirurgia. Necrose isquémica do membro com necessidade de amputação.
- Restenose do vaso ou estenose devido à recorrência de doença aterosclerótica ou hiperplasia intimal exigindo re-intervenção.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Tratamento por cirurgia convencional, com aumento do risco cirúrgico.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

G. DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

G.5 Consentimento Informado Escrito Para Arteriografia Diagnóstica

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Patologia arterial.

2. Descrição do ato/intervenção: É efetuada punção com agulha da artéria femoral (virilha) ou artéria umeral (braço), sob anestesia local. É introduzido um cateter no interior do vaso, através do qual será injectado o produto de contraste para visualização da rede arterial.

Este procedimento tem por objetivo a visualização da circulação arterial.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Se indicado, poderá ser realizado tratamento endovascular das lesões encontradas no mesmo tempo (p.ex. angioplastia com balão e/ou *stent*).

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Confirmar/caracterizar várias doenças que afetam as artérias (exs. Doença arterial obstrutiva periférica, dissecções, patologia aneurismática, fistulas artério-venosas), podendo permitir orientar a terapêutica de forma mais dirigida.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto: Imprecisão no diagnóstico definitivo.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

· Complicações no local do cateterismo arterial:

- Complicações no acesso arterial com formação de hematomas ou pseudoaneurismas que requerem tratamento por compressão, cirúrgico ou através da injeção ecoguiada de trombina.
- Dissecção ou trombose arterial - eventos capazes de determinar isquemia do membro com necessidade de correção cirúrgica.
- Rotura da artéria durante a recanalização, com hemorragia retroperitoneal e eventual choque hipovolémico.

Complicações pouco frequentes:

- Hematoma no local da ferida com possível infeção secundária e/ou necessidade de revisão cirúrgica.

Complicações Raras:

- Reações adversas ao contraste: reações alérgicas ligeiras até ao desenvolvimento de choque anafilático (às vezes fatal), insuficiência renal (às vezes suficientemente grave para exigir tratamento dialítico), complicações cardíacas (ex. edema agudo de pulmão).
- Uso de radiação e seus riscos associados.
- Lesões venosas; trombose venosa profunda e/ou embolia pulmonar.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Não aplicável.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

G. DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

G.6 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Doença Arterial Obstrutiva Periférica Do Membro Inferior Com Recurso A *Bypass* Femoro-Poplíteo

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Estenose/oclusão da artéria femoral superficial/artéria poplíteo sintomática.

2. Descrição do ato/intervenção: *Bypass*/Ponte femoro-poplíteo protésica/veia autóloga/composto.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: O segmento de artéria poplíteo recetor do *bypass* pode ser supra-genicular ou infra-genicular; poderá variar o trajeto do *bypass*, adaptado às circunstâncias de cada doente. Adicionalmente pode ser necessário efetuar endarterectomia femoral e profundoplastia; pode ainda ser necessário completar o procedimento com recurso a técnicas endovasculares para melhoria da artéria dadora e/ou artérias de saída.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto:

- Prevenção de possíveis complicações graves ligadas essencialmente à falta de sangue arterial nos membros inferiores que podem causar dor durante a marcha e em repouso, necrose dos tecidos com aparecimento de lesões ulcerativas ou gangrena.
- Melhora da perfusão arterial do membro inferior e consequente aumento do intervalo livre de claudicação e/ou melhoria da dor em repouso.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto:

- Progressão da doença resultando num agravamento do intervalo de marcha livre de claudicação.
- Agravamento do quadro isquémico com progressão da sintomatologia dolorosa em repouso, das lesões tróficas. Risco de progressão para gangrena, sépsis com eventual necessidade de procedimentos de amputação dos membros inferiores, *minor* ou *major*.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto: Imprecisão no diagnóstico definitivo.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Hematoma/Linfocelo no local da ferida com possível infeção secundária e/ou necessidade de revisão cirúrgica.

Complicações pouco frequentes:

- Deiscência da ferida com cicatrização lenta, por segunda intenção e/ou com necessidade de re-intervenção cirúrgica.
- Infeção de feridas operatórias.
- Lesão dos nervos periféricos com alterações de sensibilidade e motilidade dos membros inferiores (limitada ou definitiva).

Complicações Raras:

- Impossibilidade de realização de cirurgia de revascularização por inadequação dos vasos para receber o *bypass*.
- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória podendo ser definitiva com a necessidade de dependência de oxigénio e/ou a necessidade de traqueostomia. Embolia pulmonar.
- Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.
- Choque hemorrágico ou hemorragia requerendo cirurgia de revisão e/ou transfusão de hemoderivados.
- Trombose pós-operatória de *bypass* ou de artérias nativas com isquemia do membro. Embolização periférica com necrose isquémica do membro e necessidade de amputação.
- Infeção do material protésico utilizado com necessidade de remoção e posterior isquemia. Quadro séptico generalizado.
- Reestenose do vaso ou estenose da anastomose devido à recorrência de doença aterosclerótica ou hiperplasia intimal exigindo re-intervenção. Formação de pseudoaneurismas anastomóticos.
- Síndrome compartimental requerendo fasciotomias.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Sem padrão para tratamento endovascular.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

G. DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

G.7 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Doença Arterial Obstrutiva Periférica Do Membro Inferior Com Recurso A *Bypass* Femoro-Distal

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Estenose/oclusão da artéria femoral superficial/artéria poplítea e artérias do sector tibioperoneal.

2. Descrição do ato/intervenção: *Bypass*/Ponte femoro-distal (artérias tibiais anterior/posterior e/ou peroneal) com prótese/veia autóloga/composto.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: poderá variar o trajeto do *bypass*, adaptado às circunstâncias de cada doente. Adicionalmente pode ser necessário efetuar endarterectomia femoral e profundoplastia; pode ainda ser necessário completar o procedimento com recurso a técnicas endovasculares para melhoria da artéria dadora e/ou artérias de saída.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto:

- Prevenção de possíveis complicações graves ligadas essencialmente à falta de sangue arterial nos membros inferiores que podem causar dor em repouso, necrose dos tecidos com aparecimento de lesões ulcerativas ou gangrena.
- Melhoria da perfusão arterial do membro inferior e consequente aumento do intervalo livre de claudicação e melhoria da dor em repouso.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto:

- Agravamento do quadro isquémico com progressão da sintomatologia dolorosa em repouso, das lesões tróficas. Risco de progressão para gangrena, sépsis com eventual necessidade de procedimentos de amputação dos membros inferiores, *minor* ou *major*.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto: Imprecisão no diagnóstico definitivo.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Hematoma/Linfocelo no local da ferida com possível infeção secundária e/ou necessidade de revisão cirúrgica.

Complicações pouco frequentes:

- Deiscência da ferida com cicatrização lenta, por segunda intenção e/ou com necessidade de re-intervenção cirúrgica.
- Infeção de feridas operatórias.
- Lesão dos nervos periféricos com alterações de sensibilidade e motilidade dos membros inferiores (limitada ou definitiva).

Complicações Raras:

- Impossibilidade de realização de cirurgia de revascularização por inadequação dos vasos para receber o *bypass*.
- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória podendo ser definitiva com a necessidade de dependência de oxigénio e/ou a necessidade de traqueostomia. Embolia pulmonar.
- Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.
- Choque hemorrágico ou hemorragia requerendo cirurgia de revisão e/ou transfusão de hemoderivados.
- Trombose pós-operatória de *bypass* ou artérias nativas com isquemia do membro. Embolização periférica com necrose isquémica do membro e necessidade de amputação.
- Infeção do material protésico utilizado com necessidade de remoção e posterior isquemia. Quadro séptico generalizado.
- Restenose do vaso ou estenose da anastomose devido à recorrência de doença aterosclerótica ou hiperplasia intimal exigindo re-intervenção. Formação de pseudoaneurismas anastomóticos.
- Síndrome compartimental requerendo fasciotomias.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Tratamento endovascular ou híbrido, se exequível.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

G. DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

G.8 Consentimento Informado Escrito Tratamento Cirúrgico Endovascular De Doença Obstrutiva Do Sector Arterial Femoro-Poplíteo E/Ou Distal Com Recurso A Angioplastia

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Estenose/ oclusão da artéria femoral superficial/artéria poplíteo e artérias do sector tibioperoneal.

2. Descrição do ato/intervenção: exame angiográfico do eixo ilíaco-femoral-poplíteo, recanalização das lesões identificadas, angioplastia (dilatação) e eventual colocação de *stent* nos vasos superficiais femorais, poplíteos e tibiais, conforme necessário.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Acesso vascular da(s) artérias femorais e/ou artéria umeral, o qual pode ser percutâneo ou por exposição cirúrgica. Angioplastia com balão (com ou sem fármaco) ou com colocação de *stent* (coberto ou descoberto).

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto:

- Prevenção de possíveis complicações graves ligadas essencialmente à falta de sangue arterial nos membros inferiores que podem causar dor durante a marcha e em repouso, necrose dos tecidos com aparecimento de lesões ulcerativas ou gangrena.
- Melhoria da perfusão arterial do membro inferior e consequente aumento do intervalo livre de claudicação e/ou melhoria da dor em repouso.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto:

- Progressão da doença resultando num agravamento do intervalo de marcha livre de claudicação.
- Agravamento do quadro isquémico com progressão da sintomatologia dolorosa em repouso, das lesões tróficas/gangrena, risco de desenvolvimento de sépsis. Eventual necessidade de procedimento de amputação dos membros inferiores, *minor* ou *major*.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Complicações no local do cateterismo arterial:
 - Complicações no acesso arterial com formação de hematomas ou pseudoaneurismas que requerem tratamento por compressão, cirúrgico ou através da injeção ecoguiada de trombina.
 - Dissecção ou trombose arterial - eventos capazes de determinar isquemia do membro com necessidade de correção cirúrgica.
 - Rotura da artéria durante a recanalização, com hemorragia e eventual choque hipovolémico.

Complicações pouco frequentes:

- Hematoma no local da ferida com possível infeção secundária e/ou necessidade de revisão cirúrgica.

Complicações Raras:

- Impossibilidade de revascularização completa por esta abordagem.
- Complicações respiratórias como insuficiência respiratória podendo ser definitiva com a necessidade de dependência de oxigénio e/ou a necessidade de traqueostomia. Embolia pulmonar.
- Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.
- Choque hemorrágico ou hemorragia requerendo cirurgia de revisão e/ou transfusão de hemoderivados.
- Insuficiência renal com risco de diálise podendo este ser definitivo.
- Reações alérgicas ao meio de contraste podendo mesmo chegar a choque anafilático.
- Uso de radiação e seus riscos associados.
- Embolização periférica condicionando a necessidade de cirurgia. Necrose isquémica do membro com necessidade de amputação.
- Restenose do vaso ou estenose devido à recorrência de doença aterosclerótica ou hiperplasia intimal exigindo re-intervenção cirúrgica.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Tratamento por cirurgia aberta com aumento do risco cirúrgico.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

G. DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

G.9 Consentimento Informado Escrito Para Amputação De Dedos

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Necrose isquémica do membro inferior, prolongada, irreversível, com alterações definitivas de sensibilidade e mobilidade e, portanto, absolutamente não suscetível de procedimentos de revascularização.

2. Descrição do ato/intervenção: Amputação de dedos do pé direito/esquerdo sob anestesia local.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Nenhuma.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Apesar de determinar uma deficiência grave e definitiva, a intervenção visa prevenir as complicações metabólicas e sépticas graves e potencialmente fatais associadas a infeção de dedos do pé.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto: Persistência de graves alterações metabólicas/sépticas capazes de provocar a morte.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Infeção da ferida, frequentemente relacionada com hipoperfusão podendo provocar osteomielite e atraso na cicatrização. Tais situações conduzem frequentemente à necessidade de re-amputações.
- Hemorragia, anemia por vezes levando à necessidade de transfusão.

Complicações Raras:

- Dor prolongada ao longo do tempo e refratários aos analgésicos comuns ("síndrome da dor fantasma").

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Nenhuma.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

G. DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

G.10 Consentimento Informado Escrito Para Amputação Perna/Coxa

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Necrose isquémica do membro inferior, prolongada, irreversível, com alterações definitivas de sensibilidade e mobilidade e, portanto, absolutamente não suscetível de procedimentos de revascularização.

2. Descrição do ato/intervenção: Amputação do membro inferior perna/coxa; direito/esquerdo.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Nenhuma.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Apesar de determinar uma deficiência grave e definitiva, a intervenção visa prevenir as complicações metabólicas e sépticas graves e potencialmente fatais associadas a um membro irreversivelmente isquémico/infetado.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto: Persistência de graves alterações metabólicas/sépticas capazes de provocar a morte.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

· Hemorragia, anemia por vezes levando à necessidade de transfusão.

Complicações pouco frequentes:

· Hematoma no local da ferida com possível infeção secundária e/ou necessidade de revisão cirúrgica.

Complicações frequentes:

· Infeção/deiscência da ferida do coto, frequentemente relacionada com hipoperfusão podendo provocar osteomielite e atraso na cicatrização. Tais situações conduzem frequentemente à necessidade de re-amputações. Tais eventos são também capazes de atrasar a subsequente colocação de prótese, resultando em incapacidade total.

· Complicações respiratórias como insuficiência respiratória podendo ser definitiva com a necessidade de dependência de oxigénio e/ou a necessidade de traqueostomia. Embolia pulmonar.

· Complicações cardíacas como enfarte do miocárdio ou disritmia grave com/sem choque cardiogénico.

Complicações Raras:

· Sépsis generalizada.

· Dor prolongada ao longo do tempo e refratários aos analgésicos comuns ("síndrome da dor fantasma").

· Morte.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Nenhuma.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

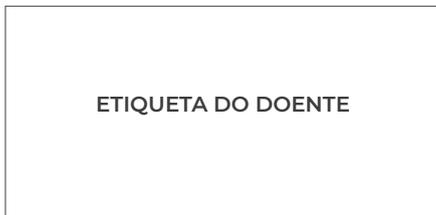
Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

H. PATOLOGIA VENOSA

H.1 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento TermoAblativo De Varizes

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Doença venosa crónica (varizes).

2. Descrição do ato/intervenção: É inserida uma fibra, por uma pequena punção na veia a ser tratada, guiada por *eco-Doppler* e realizada a ablação/destruição por calor da mesma.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Se indicado são removidos outros trajetos varicosos relevantes (com pequenas incisões da pele).

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto:

Resolução da estase venosa dos membros inferiores e consequente:

- Melhoria da sintomatologia (edema dos membros inferiores, “pernas cansadas”, dor crónica).
- Diminuição do risco de tromboflebitis (trombose e inflamação de veia superficial) ou hemorragias dos trajetos varicosos.
- Diminuição do risco de úlceras por estase.
- Melhoria estética.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto:

- Agravamento dos sintomas já *existentes* ou aparecimento de novos sintomas.
- Tromboflebite (trombose e inflamação de veia superficial).
- Hemorragia de trajeto varicoso.
- Dermatite de estase e úlcera de perna.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Hematoma.
- Equimoses (“nódoas negras”).
- Dor.

Complicações pouco frequentes:

- Hiperpigmentação na ferida com consequente dano estético.
- Edema dos membros inferiores.
- Complicações sensoriais e motoras dos membros inferiores secundários às lesões da ferida e nervos periféricos definitivos (nervo safeno, nervo sural), que podem ser temporários ou definitivos.

Complicações Raras:

- Trombose venosa profunda.
- Embolia pulmonar com possibilidade de insuficiência respiratória crónica.
- Lesões arteriais acidentais que necessitam de cirurgia para evitar perda de membro.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Laqueação da junção safeno-femoral e *stripping* da veia grande /pequena safena (mais invasivo). (Importa salientar que nem todas as técnicas cirúrgicas são adequadas a todos os pacientes.)

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

H. PATOLOGIA VENOSA

H.2 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Cirúrgico Convencional De Varizes

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Doença venosa crónica (varizes).

2. Descrição do ato/intervenção: A laqueação da crossa com/sem *stripping* da veia pequena/grande safena é realizada através de uma pequena incisão sobre a prega inguinal/poplíteia.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Se indicado são removidos outros trajetos varicosos relevantes (com pequenas incisões da pele).

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Resolução da estase venosa dos membros inferiores e consequente:

- Melhoria da sintomatologia (ex.: edema dos membros inferiores, “pernas cansadas”, dor crónica).
- Diminuição do risco de tromboflebitis (trombose e inflamação de veia superficial) ou hemorragia dos trajetos varicosos.
- Diminuição do risco de úlceras por estase.
- Melhoria estética.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto:

- Agravamento dos sintomas já existentes ou aparecimento de novos sintomas.
- Tromboflebite (trombose e inflamação de veia superficial).
- Hemorragia de trajeto varicoso.
- Dermatite de estase e úlcera de perna.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Hematomas.
- Equimoses (“nódoas negras”).
- Dor na ferida operatória e hematomas.

Complicações pouco frequentes:

- Deiscência/Infecção da ferida operatória com atraso de cicatrização.
- Queloides.
- Hiperpigmentação na ferida com consequente dano estético.
- Linfocelo no local da ferida.
- Edema dos membros inferiores.

- Complicações sensitivas e/ou motoras dos membros inferiores secundários às lesões da ferida e nervos periféricos definitivos (nervo safeno, nervo sural), podendo ser temporários ou definitivos.
- Hemorragia perioperatória que requer revisão cirúrgica / transfusão de hemoderivados.

Complicações Raras:

- Trombose venosa profunda.
- Embolia pulmonar com possibilidade de insuficiência respiratória crónica.
- Lesões arteriais acidentais que necessitam de cirurgia para evitar perda de membro.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Tratamento endovenoso, nomeadamente termoablação da veia pequena/grande safena por radiofrequência/laser. (Importa salientar que nem todas as técnicas cirúrgicas são adequadas a todos os pacientes.)

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N° Ordem Médicos: _____

Assinatura: _____ N° Mecanográfico: _____

Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____

BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

H. PATOLOGIA VENOSA

H.3 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Trombose Venosa Crónica Femoro-Ilíaco

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Trombose venosa crónica do sector femoro-ilíaco, com desenvolvimento de síndrome pós-trombótico.

2. Descrição do ato/intervenção: Realização de venografia por punção venosa na/o perna/braço/pescoço para avaliação do sistema venoso profundo com ou sem angioplastia com balão e/ou *stent*.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Angioplastia por balão com ou sem colocação de *stent*. Poderá haver necessidade de ser colocado um filtro cava no início do procedimento.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Resolução da estase venosa dos membros inferiores e consequente:

- Melhoria da sintomatologia (ex. edema dos membros inferiores, "pernas cansadas", dor crónica).
- Diminuição do risco de úlceras por estase.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto: A progressão da doença venosa crónica obstrutiva pode levar a consequências mais graves, como alterações irreversíveis da pele (com aumento da fragilidade da mesma), úlceras (feridas) e edema (inchaço) crónico.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Dor ou desconforto na inserção do cateter local, hemorragia/equimose do local de punção.
- Dor lombar associada à inserção de *stent*.

Complicações pouco frequentes:

- Infeção do local de punção.

Complicações Raras:

- Alergia ao contraste.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Uso de radiação e seus riscos associados.
- Lesão renal relacionada com o contraste.
- Rotura da veia.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Cirurgia aberta (*bypass*), procedimento mais invasivo.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

H. PATOLOGIA VENOSA

H.4 Consentimento Informado Escrito Para Tratamento Endovascular De Síndrome De Congestão Pélvico

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Síndrome de congestão pélvico - varizes pélvicas sintomáticas.

2. Descrição do ato/intervenção: Realização de venografia por punção venosa na/o perna/braço/pescoço para avaliação do sistema venoso profundo a ser tratado com ou sem colocação de *coils/plugs/espuma* (agentes embólicos usados para “fechar” o fluxo sanguíneo num vaso doente).

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Pode ser realizada a colocação de *coils, plugs* ou espuma.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Resolução da estase venosa pélvica e consequente:

- Melhoria da sintomatologia (ex.: dor pélvica crónica, “peso” abdominal).

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto: A progressão da doença venosa crónica pode levar a agravamento das queixas atuais.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Dor abdominal associada à inserção de material de embolização (*coils/plugs*).
- Dor ou desconforto na inserção do cateter local, hemorragia/equimose do local de punção.

Complicações pouco frequentes:

- Infeção do local de punção.

Complicações Raras:

- Alergia ao contraste.
- Tromboembolismo pulmonar/migração do material de embolização.
- Insuficiência renal relacionada com o contraste.
- Uso de radiação e seus riscos associados.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Não existem.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

H. PATOLOGIA VENOSA

H.5 Consentimento Informado Escrito Para Colocação De Filtro Da Veia Cava

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Trombose venosa profunda com contra-indicação absoluta para anticoagulação.

2. Descrição do ato/intervenção: O filtro é colocado na veia cava através da punção de outra veia (femoral/jugular).

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Nenhuma.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Prevenir a passagem de grandes coágulos sanguíneos para os pulmões e, portanto, reduzir o risco de uma embolia pulmonar maciça até ser possível instituir novamente a anticoagulação.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto: Embolização pulmonar maciça com insuficiência cardíaca e até mesmo morte.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Complicações no cateterismo venoso: Hemorragia, hematomas e / ou edema nos membros inferiores ou a nível escrotal, estes com ou sem infeção e necessidade de antibioterapia.
 - Ocasionalmente, punção arterial inadvertida com complicações hemorrágicas ou trombóticas decorrentes desta.
- Dor ou desconforto na inserção do cateter local, hemorragia/equimose do local de punção.
- Disritmia durante a passagem de material pelo coração geralmente sem necessidade de tratamento.

Complicações pouco frequentes:

- Lesão da veia cava inferior durante a colocação do filtro.

Complicações Raras:

- Se o filtro não for removido pode ficar com coágulos de sangue que bloqueiam a veia cava, o que pode causar edema dos membros inferiores temporário/definitivo.
- Tal como acontece com qualquer dispositivo implantado, existe também a possibilidade de o filtro deixar de funcionar corretamente.
- Uso de radiação e seus riscos associados.
- Reações adversas ao meio de contraste: reações alérgicas desde leves até ao desenvolvimento de choque anafilático (às vezes fatal).
- Lesão renal (às vezes suficientemente grave para exigir tratamento dialítico).
- Fratura de parte do filtro e migração para o pulmão com o passar dos anos.
- Impossibilidade de remoção do filtro.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: *Inexistente.*

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Nº Mecanográfico:

Data:

Contacto:

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

H. PATOLOGIA VENOSA

H.6 Consentimento Informado Escrito Para Remoção De Filtro Da Veia Cava

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: *Status* pós-colocação de filtro na veia cava inferior, não tendo mais indicação.

2 Descrição do ato/intervenção: O filtro é removido por uma punção de venosa (femoral/jugular).

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Pode ser necessário adquirir outra via, isto é, ser puncionada outra veia na perna ou no pescoço.

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Ausência de filtro na veia cava inferior, excluindo as possíveis complicações decorrente deste, como trombose, fratura e embolização.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto:

- Trombose da veia cava inferior com edema dos membros inferiores e síndrome pós-trombótico.
- Fratura e embolização do filtro.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

- Dor, desconforto ou hemorragia no local de inserção do cateter.
- Disritmia durante a passagem de material pelo coração geralmente sem necessidade de tratamento.

Complicações pouco frequentes:

- Lesão da veia cava inferior durante a remoção do filtro.
- Fratura do filtro durante a remoção.
- Ausência de sucesso na remoção do filtro.

Complicações Raras:

- Reação alérgica ao contraste.
- Redução da função renal associada ao contraste.
- Uso de radiação e seus riscos associados.

7. Outras informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: Intervenção cirúrgica convencional (risco aumentado).

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N.º Ordem Médicos: _____
 Assinatura: _____ N.º Mecanográfico: _____
 Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____
 BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____
 BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente

I. DOENÇA RENAL CRÓNICA

I.1 Consentimento Informado Escrito Para Construção De Acesso Vascular Para Hemodiálise

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

ETIQUETA DO DOENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ACTOS / INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015 / 2013 DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

1. Diagnóstico/suspeita diagnóstica: Doença renal crónica em fase pré-diálise ou em diálise.

2. Descrição do ato/intervenção: É confeccionada uma fístula arteriovenosa no braço/perna, isto é, é realizada uma anastomose (uma ligação) entre uma veia e artéria do braço ou perna do doente.

3. Possíveis variações na execução do procedimento proposto: Pode ser necessário utilizar um enxerto protésico (prótese compatível).

4. Benefícios esperados e finalidade do procedimento proposto: Assim poderá realizar hemodiálise através do acesso vascular para hemodiálise construído, ao invés do cateter venoso central, o que confere uma menor taxa de complicações.

5. Riscos previsíveis associados à não execução do procedimento proposto: Realização de hemodiálise por cateter venoso central com os seus riscos associados, nomeadamente infeção, trombose e fractura.

6. Riscos previsíveis relacionados à execução do procedimento e possíveis complicações:

Além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, com esta cirurgia poderá ocorrer ainda:

Complicações frequentes:

· Equimose/hematoma, que resolvem com medidas locais.

Complicações pouco frequentes:

- Deiscência de ferida operatória com ou sem infeção.
- Hemorragia com necessidade de revisão cirúrgica.
- Trombose precoce do acesso.
- Edema transitório do membro.
- Parestesias, isto é, dormência ou hipersensibilidade no membro.

Complicações Raras:

- Isquemia do membro induzida pela fístula arteriovenosa, que se pode manifestar por extremidade arrefecida, parestesias (dormência), diminuição da mobilidade dos dedos, aparecimento de lesões cutâneas.
- Edema exuberante do membro associado a circulação venosa central proeminente.
- Agravamento da insuficiência cardíaca.

7. Outras Informações pertinentes (ex: comorbilidades e medicação): Comorbilidades (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), tabagismo, alcoolismo ou medicação crónica (como por exemplo anticoagulantes e antiagregantes) podem aumentar o risco de qualquer procedimento cirúrgico/anestésico, não sendo este exceção.

8. Atos / intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas: endo-fístula.

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ N° Ordem Médicos: _____

Assinatura: _____ N° Mecanográfico: _____

Data: _____ Contacto: _____

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do procedimento proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____

BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O representante legal doente

Nome: _____ Data: _____

BI/CC: _____ Parentesco com o doente: _____

Assinatura: _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O representante legal doente

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Foi entregue cópia deste documento ao representante legal doente