
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TERMOABLAÇÃO ENDOVENOSA A LASER (ENDOLASER) DE VEIA SAFENA

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

CPF: _____

1. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Fui informado(a) que o procedimento proposto é a termoablação endovenosa por laser da veia safena, também conhecido como Endolaser. Trata-se de uma técnica minimamente invasiva, guiada por ultrassonografia, realizada com anestesia local e sedação, que visa o tratamento da insuficiência venosa da veia safena magna ou parva. Um cateter com fibra óptica é introduzido na veia, e a energia do laser é utilizada para causar seu fechamento por calor.

2. INDICAÇÃO

O procedimento está indicado no tratamento de varizes causadas por insuficiência da veia safena, com sintomas como dor, sensação de peso, inchaço, cansaço e alterações estéticas. A decisão de realizar o procedimento foi baseada em exame clínico e mapeamento por ultrassonografia Doppler.

3. BENEFÍCIOS ESPERADOS

- Melhora dos sintomas de insuficiência venosa crônica;
- Melhora estética;
- Menor tempo de recuperação em comparação com a cirurgia convencional (stripping);
- Procedimento ambulatorial com retorno precoce às atividades.

4. RISCOS E COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS

Fui informado(a) de que, embora o procedimento seja geralmente seguro, podem ocorrer complicações, como:

- Dor, hematomas, sensação de queimação ou desconforto no trajeto da veia tratada;

Caroline Ferragut

CIRURGIA VASCULAR

- Tromboflebite superficial;
- Trombose venosa profunda (raro);
- Embolia pulmonar (muito raro);
- Lesão de nervos sensitivos com formigamento ou dormência (transitório ou permanente);
- Pigmentação da pele ao longo da veia tratada;
- Infecção (raro);
- Necessidade de novos procedimentos complementares (ex: escleroterapia de veias residuais).

5. ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS

- Cirurgia convencional de varizes (stripping da safena);
- Escleroterapia com espuma;
- Tratamento clínico com meias compressivas e medicamentos;
- Observação clínica sem intervenção imediata.

6. DIREITO DE RETIRAR O CONSENTIMENTO

Estou ciente de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, antes do procedimento, sem que isso afete negativamente meu atendimento médico.

7. CONSENTIMENTO FINAL

Declaro que tive oportunidade de fazer perguntas, que todas foram respondidas de forma clara e compreensível, e que compreendi os objetivos, riscos, benefícios e alternativas ao procedimento.

Autorizo, de forma livre e esclarecida, a realização da termoablação endovenosa com laser da veia safena.

Local e Data: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal:

Assinatura do Médico Responsável:

Caroline Ferragut

CIRURGIA VASCULAR

Dr(a). _____ CRM: _____
