

Caroline Ferragut

CIRURGIA VASCULAR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TERMOABLAÇÃO DE VEIA SAFENA COM RADIOFREQUÊNCIA

Paciente: _____

CPF: _____

RG: _____

Data de nascimento: _____

Médico Responsável: _____

CRM: _____

1. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A termoablação da veia safena com radiofrequência é um procedimento minimamente invasivo utilizado para tratar varizes associadas à insuficiência venosa. Envolve a introdução de um cateter na veia safena, sob anestesia local ou regional, e a aplicação de calor gerado por radiofrequência para oclusão da veia doente.

2. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

O objetivo é interromper o refluxo sanguíneo anormal na veia safena, promovendo alívio dos sintomas (dor, inchaço, sensação de peso), melhora estética e prevenção de complicações como úlceras venosas.

3. RISCOS E COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS

Embora o procedimento seja considerado seguro, podem ocorrer complicações, tais como:

- Dor ou desconforto no local;
- Equimoses (manchas roxas) ou hematomas;
- Tromboflebite superficial;

Caroline Ferragut

CIRURGIA VASCULAR

- Trombose venosa profunda (raro);
 - Lesão de nervos adjacentes com formigamento ou dormência;
 - Queimadura na pele (raro);
 - Infecção (raro);
 - Falha terapêutica com necessidade de reintervenção.
-

4. ALTERNATIVAS AO PROCEDIMENTO

Fui informado(a) de que existem outras opções de tratamento para varizes, incluindo:

- Uso de meias compressivas;
- Medicamentos venotônicos;
- Cirurgia convencional (stripping da safena);
- Escleroterapia com espuma ou laser.

Entendi que a escolha do método depende da avaliação médica, da extensão da doença venosa e de minha condição clínica.

5. CUIDADOS PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Fui orientado(a) sobre os cuidados pré-operatórios, como jejum, suspensão de medicamentos (como anticoagulantes), e sobre os cuidados pós-operatórios, incluindo:

- Uso de meias compressivas por período indicado;
 - Evitar esforço físico excessivo nos primeiros dias;
 - Comparecer a retornos médicos conforme agendamento.
-

6. CONSENTIMENTO

Declaro que:

Caroline Ferragut

CIRURGIA VASCULAR

- Recebi explicações claras e completas sobre o procedimento, seus objetivos, riscos, benefícios e alternativas;
- Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas;
- Estou ciente de que imprevistos podem ocorrer, mesmo com todos os cuidados médicos;
- Autorizo a realização da termoablação da veia safena com radiofrequência pela equipe médica responsável.

Estou ciente de que posso retirar este consentimento a qualquer momento, antes do procedimento.

Local e Data: _____

Assinatura do(a) Paciente: _____

Assinatura do(a) Médico(a): _____

Assinatura da Testemunha: _____
