

Caroline Ferragut

CIRURGIA VASCULAR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA

Paciente: _____

CPF: _____

Data de nascimento: _____

Médico responsável: _____

CRM: _____

1.

Finalidade do Procedimento

Fui informado(a) de que a escleroterapia com espuma é um tratamento utilizado para eliminar ou reduzir veias varicosas e telangiectasias ("vasinhos"), por meio da injeção de uma substância esclerosante em forma de espuma, que causa irritação na parede da veia, levando ao seu fechamento.

2.

Técnica Utilizada

A espuma é produzida misturando-se o agente esclerosante (geralmente polidocanol ou outro compatível) com ar ou gás (como dióxido de carbono), e então injetada nas veias-alvo com ou sem o auxílio de ultrassom.

3.

Benefícios Esperados

- Melhora estética
- Redução de sintomas como dor, peso e inchaço nas pernas
- Possível melhora funcional da circulação venosa superficial

Caroline Ferragut

CIRURGIA VASCULAR

4.

Riscos e Complicações Possíveis

Fui informado(a) sobre os riscos, ainda que raros, relacionados ao procedimento, incluindo:

- Dor ou desconforto no local da aplicação
- Hematomas, inchaço ou escurecimento da pele (hiperpigmentação)
- Reações alérgicas ao agente esclerosante
- Tromboflebite superficial
- Formação de úlceras na pele
- Embolia gasosa transitória (muito rara)
- Visão turva, tontura, cefaleia (em casos excepcionais, especialmente em pacientes com forame oval patente)

5.

Cuidados e Recomendação Pós-Procedimento

Recebi orientações sobre os cuidados necessários após o procedimento, incluindo:

- Uso de meias de compressão, se indicado
- Evitar exposição solar direta nas áreas tratadas por pelo menos 30 dias
- Evitar atividades físicas intensas nas primeiras 48 horas
- Comparecer às consultas de acompanhamento

6.

Alternativas ao Tratamento

Fui informado(a) sobre outras opções de tratamento, como escleroterapia líquida, laser transdérmico, cirurgia convencional, endolaser ou radiofrequência, e entendi os motivos pelos quais a escleroterapia com espuma foi indicada neste caso.

7.

Consentimento

Declaro que:

Caroline Ferragut

CIRURGIA VASCULAR

- Recebi todas as informações necessárias de forma clara e compreensível;
- Pude esclarecer minhas dúvidas com o médico responsável;
- Estou ciente dos riscos, benefícios e alternativas ao procedimento;
- Consinto livremente em me submeter à escleroterapia com espuma.

Local e data: _____

Assinatura do(a) Paciente: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____

CRM: _____
