

Caroline Ferragut

CIRURGIA VASCULAR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESCLEROTERAPIA CONVENCIONAL

Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

CPF: _____

Profissional Responsável: _____

CRM: _____

1. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A escleroterapia é um procedimento médico realizado para o tratamento de vasos sanguíneos superficiais dilatados (como telangiectasias e veias varicosas de pequeno calibre), por meio da aplicação de uma substância esclerosante diretamente nos vasos, provocando sua obliteração e reabsorção pelo organismo.

A técnica utilizada será a escleroterapia convencional, com a injeção de substâncias esclerosantes (como glicose hipertônica, polidocanol, entre outras), podendo ser associada ou não a outras técnicas conforme avaliação médica.

2. OBJETIVO

O objetivo do tratamento é melhora estética e, em alguns casos, alívio de sintomas como dor, queimação ou sensação de peso nas pernas.

3. BENEFÍCIOS ESPERADOS

- Melhora da aparência das veias tratadas;
 - Alívio dos sintomas relacionados à insuficiência venosa leve;
 - Procedimento ambulatorial, minimamente invasivo, sem necessidade de internação.
-

Caroline Ferragut

CIRURGIA VASCULAR

4. RISCOS E COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS

Apesar de ser um procedimento seguro, a escleroterapia pode apresentar alguns efeitos adversos, como:

- Dor ou ardência local no momento da aplicação;
- Manchas na pele (hiperpigmentação);
- Formação de pequenos hematomas ou nódulos;
- Alergia ao medicamento esclerosante;
- Inchaço e vermelhidão no local;
- Trombose venosa superficial;
- Raramente, trombose venosa profunda ou embolia;
- Úlceras (feridas) na pele por extravasamento do líquido.

5. CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

- Evitar exposição solar direta nas áreas tratadas por pelo menos 30 dias;
- Utilizar meias elásticas conforme orientação médica;
- Evitar atividades físicas intensas nas primeiras 48 horas;
- Comparecer às consultas de acompanhamento.

6. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que:

- Fui informado(a) de forma clara e compreensível sobre o procedimento, seus riscos, benefícios e alternativas;
- Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas com o profissional responsável;

Caroline Ferragut

CIRURGIA VASCULAR

- Autorizo, de forma livre e esclarecida, a realização da escleroterapia convencional;
- Estou ciente de que os resultados podem variar de pessoa para pessoa, e que podem ser necessárias várias sessões para atingir os objetivos propostos;
- Concordo com o uso de fotografias clínicas antes e após o tratamento, para acompanhamento médico, resguardando-se meu anonimato.

Assinaturas:

Paciente: _____

Data: _____

Médico Responsável: _____

CRM: _____

Data: _____

Testemunha 1: _____

Nome: _____

Testemunha 2: _____

Nome: _____