

cionista. Abaixo estão listadas as possíveis complicações neurológicas relacionadas à angiografia cerebral:

- Cefaléia;
- Amnésia global transitória;
- Isquemia cerebral transitória ou permanente por tromboembolismo;
- Hemorragia cerebral (normalmente relacionada ou não à doença pré-existente como hipertensão arterial grave, hemorragia cerebral, aneurisma cerebral roto, malformação artério-venosa, entre outras);
- Outras: náuseas, vômitos, dissecação arterial, perfuração do vaso, perda da visão transitória ou permanente, etc.

Porcentagem de complicações neurológicas relacionadas à angiografia cerebral em estudos com mais de 1.000 pacientes:

- Complicações neurológicas transitórias ou reversíveis: 0,4 a 2,3% com média de 1,3%;
- Complicações neurológicas permanentes: 0,1 a 0,5% com média de 0,3%.

Dentre as complicações não neurológicas pode-se citar:

- Reação alérgica ao contraste (0,1%);
- Hematoma no local da punção (0,4%);
- Outros: náuseas, vômitos, reflexo vaso-vagal, descompensação de doença pré-existente, pseudoaneurisma em região da punção, reação pirogênica, infecção, reação alérgica aos produtos anestésicos, etc.

As complicações listadas acima são passíveis de tratamento, mas podem levar a déficits permanentes e até ao óbito. Os dados abaixo foram baseados nos seguintes trabalhos científicos:

1. Neurologic Complications of Cerebral Angiography: Prospective Analysis of 2,899 Procedures and Review of the Literature. Radiology, May 1, 2003; 227(2): 522 - 528 | 2. Grzyska U, Freitag J, Zeumer H. Selective cerebral intraarterial DSA: complication rate and control of risk factors. Neuroradiology 1990; 32:296-299 | 3. Dion JE, Gates PC, Fox AJ, Barnett HJ, Blom RJ. Clinical events following neuroangiography: a prospective study. Stroke 1987; 18:997-1004 | 4. Heiserman JE, Dean BL, Hodak JA, et al. Neurologic complications of cerebral angiography. AJNR Am J Neuroradiol 1994; 15:1401-1407 | 5. Mani RL, Eisenberg RL, McDonald EJ, Jr, Pollock JA, Mani JR. Complications of catheter cerebral arteriography: analysis of 5,000 procedures. I. Criteria and incidence. AJR Am J Roentgenol 1978; 131:861-865.

_____, de _____ de _____

Médico

Paciente ou Responsável Legal

ANGIOGRAFIA CEREBRAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ed Mirai Offices, Rua Municipalidade, 985 - sala 1905 CEP 66050-350, Belém – PA, Brasil
91 3085 1600 • 3266 3571 • 98451 1900 | www.institutoneurogenesis.com

Eu, _____, portador do R.G. nº _____, autorizo o Dr. _____, e/ou os assistentes por ele designados, a realizar (procedimentos cirúrgicos ou anestésicos) em minha pessoa ou em meu parente, para fins de reparação das condições indicadas pelos estudos clínicos e diagnósticos prévios e/ou avaliações já avaliadas anteriormente, as quais me foram detalhadamente explicadas.

Também autorizo e indico o Dr. _____ e/ou seus assistentes a fornecer serviços adicionais que se julgue necessário ou apropriado, incluindo entre outros a administração de agentes anestésicos, a realização de procedimentos laboratoriais e radiológicos e demais diagnósticos necessários, a administração de medicamentos orais, injetáveis ou por qualquer outro método terapêuticamente aceito, como remoção óssea, cartilagem, tecidos e fluídos quando se fizer necessário para fins diagnósticos ou de tratamento.

Caso ocorra, no decurso do tratamento, condição não prevista, a qual necessite a realização de procedimentos adicionais ou diferentes àqueles estabelecidos, por este instrumento, autorizo o médico e/ou seus assistentes a realizar o que julgarem necessário diante às circunstâncias, incluindo a decisão de suspender o tratamento.

As alternativas e riscos em face dos procedimentos a que me submeterei me foram esclarecidos, sendo que, ciente dos mesmos, assumo integral responsabilidade através do presente consentimento.

Como paciente ou responsável pelo paciente, declaro ter sido convenientemente esclarecido (a) dos riscos previsíveis, complicações potenciais e intercorrências inesperadas e inerentes ao referido exame, bem como, ter recebido todas as orientações médicas necessárias para que o exame de angiografia cerebral ou medular pudesse ser realizado.

Declaro estar ciente de que a atividade médica constitui obrigação de meio e não de resultado. Não existem garantias absolutas de que complicações, apesar de raras, não possam ocorrer (tais como: reação alérgica ao meio de contraste iodado, embolia cerebral, lesão da parede dos vasos, perfuração de um vaso e até morte em casos raríssimos).

Por isso estou convicto (a) de que a prática dos procedimentos (cirúrgicos/ anestésicos) possuem riscos no campo da ciência médica, e reconheço, que não me foram dadas garantias em relação a imunidade aos mesmos. Como em qualquer procedimento desta natureza, poderão advir complicações das mais variadas, sendo certo que tenho pleno conhecimento e havendo necessidade, fica a equipe médica autorizada a efetuar correções que, eventualmente, se fizerem necessárias.

Fui informado (a) que a literatura médica registra casos de perda de funções parciais e/ou totais, além de que o uso de tabaco, álcool, drogas ou negligência nos cuidados de orientação pré- e pós- operatórios poderá acarretar futuras complicações.

Em razão do exposto, assumo o compromisso de seguir as recomendações determinadas pelo Dr.(a) _____ e/ou seus assistentes, cuidando para manter o uso das medicações orientadas e indicadas de forma correta, efetuando os exames recomendados e mantendo-os informados de todo o meu histórico de saúde física e mental ou outras alterações.

É de minha inteira responsabilidade e por livre arbítrio que forneço conhecimento ao Dr.(a) _____ e/ou aos seus assistentes toda e qualquer reação de meu organismo, seja alérgica ou não, que possa interferir no tratamento a ser ministrado e que tenha relação direta com as minhas condições de saúde.

Autorizo a documentação casuística do meu tratamento pelos métodos convencionais de fotografias, radiografias ou outros dispositivos os quais poderão ser utilizados com a finalidade científica, didática, respeitando o princípio ético.

Em razão do presente Termo de Autorização e Responsabilidade firmado com pleno conhecimento dos procedimentos a que me submeterei, isento o Dr.(a) _____ e/ou seus assistentes de qualquer responsabilidade sobre eventuais reivindicações ou demandas, tendo como escopo, danos morais, materiais, corporais ou estéticos que possam advir em face de complicações originadas do meu tratamento.

Declaro que este documento que não contém espaços em branco é composto por 12 (doze) parágrafos confeccionados em três folhas, sem emendas ou rasuras e será assinado por mim, pelo Dr.(a) _____, por um responsável legal se necessário e por duas testemunhas abaixo qualificadas.

Procedimento: Angiografia por subtração digital dos vasos cervicais e cerebrais.

A angiografia dos vasos cervicais e cerebrais é um procedimento cirúrgico, que consiste em navegar um cateter até os vasos cerebrais, injetando-se contraste não iônico para visualização das artérias e veias do sistema nervoso central. As imagens serão adquiridas e processadas em aparelho de hemodinâmica.

A indicação deste procedimento é definida e de responsabilidade do seu médico(a) assistente para esclarecimento diagnóstico, sendo executado pelos médicos da equipe de neurorradiologia interven-