



ETIQUETA DO UTENTE

N.º de Processo/SNS: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1. Descrição da situação clínica: Realização de Angiografia Cerebral / Cervico-encefálica ou Medular**

A angiografia cerebral ou medular é um exame de imagem invasivo com raios X em que se injeta contraste iodado através de um cateter colocado numa artéria na virilha ou no punho, para visualizar os vasos sanguíneos do cérebro, pescoço ou da coluna vertebral / medula.

**2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:**

O exame é realizado sob anestesia local, o cateter é guiado sob controlo radioscópico (raios X) até aos vasos a estudar, o contraste é injetado enquanto se adquirem as imagens e, no final, o cateter é removido e é aplicada pressão no local de punção; após o que deverá permanecer deitado e imóvel durante algumas horas.

**3. Benefícios:**

Este exame é o método mais preciso para avaliar estes vasos e é considerado o padrão de referência para muitas doenças cerebrovasculares; pode confirmar ou excluir um diagnóstico, orientar decisões terapêuticas e ajudar a planear tratamento endovasculares ou cirúrgicos, podendo por vezes evitar outras intervenções e permitir tratamento mais precoce para reduzir o risco de AVC ou hemorragia.

**4. Riscos graves e riscos frequentes associados ao ato/intervenção:**

As complicações graves são pouco frequentes, mas todos os procedimentos invasivos comportam risco: novos sintomas neurológicos surgem em cerca de 1–3% dos procedimentos, sendo o AVC permanente muito inferior a 1% e o óbito extremamente raro. Os riscos específicos incluem hemorragia ou hematoma no local de punção, lesão da artéria, reações alérgicas ou graves ao contraste, alteração transitória da função renal e acidente isquémico transitório ou AVC que podem causar défices neurológicos temporários ou permanentes, com risco mais elevado em doentes com doença vascular significativa, AVC ou AIT prévios, idade avançada ou compromisso da função renal.

**5. Atos/Intervenções alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas:**

A angiografia por TC, a angiografia por RM e o seguimento clínico são alternativas possíveis, mas podem fornecer informação menos detalhada ou ser menos adequadas no seu caso

**6. Riscos de não realização do exame:**

Se a angiografia por cateter foi recomendada, é porque o benefício diagnóstico esperado se considera superior aos riscos, e a sua não realização pode comprometer significativamente o diagnóstico e tratamento da sua doença.

*Informação mais detalhada está disponível nos folhetos informativo e no sítio da ULSLO  
(<https://www.chlo.min.saude.pt/index.php/centros-de-referencia/neurorradiologia-de-intervencao>)*

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e compreensível, os procedimentos necessários ao ato/intervenção referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Contacto institucional \_\_\_\_\_

N.º céd. profissional ou n.º mec. \_\_\_\_\_



**Ao utente/representante legal:**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, por favor assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não serei prejudicado nos meus direitos assistenciais se recusar esta solicitação e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Declaro que me foi entregue, em mão, um duplicado do presente documento de consentimento informado, em suporte físico, devidamente assinado por mim e pelo profissional de saúde responsável.

Dou o meu consentimento para que naqueles atos médicos participem e assistam outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos em período formativo.

**Autorizo/Não autorizo** (*riscar o que não interessa*) o ato/intervenção indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

**Autorizo/Não autorizo** (*riscar o que não interessa*) o registo de imagens, fotográfico ou filmado e a sua utilização, assim como de outra documentação, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados, para fins de investigação científica ou de ensino, após devidamente anonimizados e autorizados, de acordo com o tipo de Estudo, por um ou vários dos seguintes Órgãos: Direção do Serviço, Coordenação da Unidade Funcional, Comissão de Ética em Saúde e Serviço de Inovação e Investigação Clínica da ULSLO.

Nome ..... Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura .....

Se não for o próprio a assinar por idade ou incapacidade, este documento deve ser assinado abaixo por representante legal (ressalva-se que no caso de menor com 16 ou mais anos e capacidade para compreender a informação transmitida, este documento deve ser igualmente assinado pelo próprio após a secção autorizo/não autorizo).

Nome ..... N.º Doc. Identificação ..... Validade \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Parentesco ou tipo de representação ..... Assinatura .....