



## Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília

Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900 Marília – SP CNPJ: 52.049.244/0001-62

Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559 site: [www.santacasamarilia.com.br](http://www.santacasamarilia.com.br)

### TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição  
(Resolução CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica).

### IMPLANTE DE FILTRO DE VEIA CAVA

O (a) paciente ou seu (sua) responsável abaixo assinado autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento designado “**IMPLANTE DE FILTRO DE VEIA CAVA**”.

- **Definição:** A veia cava inferior é a maior veia do corpo e transporta o sangue da parte inferior do corpo de volta ao coração. Um filtro de veia cava é um pequeno dispositivo (geralmente metálico, com formato de "guarda-chuva" ou "ninho de pássaro") que é implantado dentro da veia cava inferior. Sua principal função é capturar coágulos sanguíneos que podem se formar nas veias das pernas ou da pelve, impedindo que esses coágulos viagem até os pulmões e causem uma embolia pulmonar (EP), uma condição grave e potencialmente fatal. Existem filtros permanentes e filtros recuperáveis (que podem ser removidos posteriormente). O implante de um filtro de veia cava é geralmente indicado para pacientes que estão em alto risco de desenvolver embolia pulmonar, mas que não podem ou não devem receber terapia anticoagulante (medicamentos para afinar o sangue), ou quando a terapia anticoagulante falhou. As principais indicações incluem: **Contraindicação Absoluta à Anticoagulação:** Você não pode tomar medicamentos anticoagulantes devido a um alto risco de sangramento (por exemplo, sangramento ativo, AVC recente, cirurgia cerebral recente, trauma grave). **Complicação da Anticoagulação:** Você teve um sangramento grave enquanto estava em uso de anticoagulantes. **Falha da Anticoagulação:** Você desenvolveu uma embolia pulmonar (EP) ou uma trombose venosa profunda (TVP) apesar de estar recebendo anticoagulantes em doses adequadas. **Outras situações de alto risco:** Como em alguns casos de trombose venosa profunda extensa ou trauma grave, onde o risco de EP é muito alto. O procedimento é minimamente invasivo, realizado em ambiente estéril (sala de hemodinâmica) e geralmente dura de 30 a 60 minutos. **Preparação:** A área de punção (geralmente na virilha – veia femoral – ou no pescoço – veia jugular) será limpa com solução antisséptica e coberta com campos estéreis. **Anestesia Local:** O médico aplicará um anestésico local para adormecer a pele e os tecidos mais profundos, minimizando a dor durante a punção. **Punção da Veia:** Uma agulha fina é inserida na veia escolhida. Um ultrassom pode ser usado para guiar a punção, aumentando a segurança. **Inserção do Cateter e Navegação:** Um cateter fino e flexível é inserido através da agulha e guiado pela veia cava até a posição correta, que é confirmada com o auxílio de imagens de raio-X em tempo real (fluoroscopia) e injeção de contraste iodado. **Implante do Filtro:** Uma vez que o sistema de entrega está na posição ideal dentro da veia cava (geralmente abaixo das veias renais), o filtro é liberado e se expande. **Finalização:** Os cateteres são removidos, e o local da punção é fechado com compressão manual ou um curativo. **Confirmação Final:** Um raio-X ou outro exame de imagem pode ser realizado após o procedimento para confirmar a posição correta do filtro.



## Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília

Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900 Marília – SP CNPJ: 52.049.244/0001-62

Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559 site: [www.santacasamarilia.com.br](http://www.santacasamarilia.com.br)

### TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição  
(Resolução CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica).

### IMPLANTE DE FILTRO DE VEIA CAVA

- **Principais riscos possíveis:** Embora o implante de filtro seja um procedimento que salva vidas em muitos casos, existem riscos e complicações potenciais: A) **Complicações Relacionadas à Punção e Acesso Venoso:** **Sangramento ou Hematoma:** No local da punção (virilha ou pescoço). **Infecção:** No local da punção ou na corrente sanguínea. **Lesão de Nervo ou Artéria:** Acidentalmente, durante a punção. **Trombose no local da punção:** Formação de coágulo na veia puncionada. B) **Complicações Relacionadas ao Filtro e à Veia Cava:** **Migração do Filtro:** O filtro pode se deslocar da sua posição inicial e mover-se para o coração ou pulmões, o que é grave e pode exigir remoção cirúrgica ou endovascular. **Fratura do Filtro:** As hastes do filtro podem quebrar, e os fragmentos podem viajar pelo sangue. **Perfuração da Veia Cava:** O filtro pode penetrar a parede da veia cava, podendo lesar órgãos adjacentes (intestino, vasos, etc.) e causar sangramento ou dor. **Trombose do Filtro ou da Veia Cava:** Coágulos sanguíneos podem se formar dentro do filtro ou estender-se ao longo da veia cava, bloqueando o fluxo sanguíneo. Isso pode causar inchaço grave nas pernas (síndrome pós-trombótica) e, paradoxalmente, aumentar o risco de embolia pulmonar (se o coágulo ultrapassar o filtro ou se formar acima dele). **Embolia Pulmonar (EP) apesar do Filtro:** Embora o filtro reduza o risco, ele não o elimina completamente. Novos coágulos podem se formar acima do filtro ou em outras veias não protegidas. **Dificuldade/Falha na Recuperação do Filtro (para filtros recuperáveis):** Em alguns casos, pode ser impossível remover o filtro devido à sua integração com a parede da veia cava, migração ou fratura, tornando-o permanente. **Complicações durante a Recuperação:** Tentativas de remoção do filtro podem levar a sangramento, lesão da veia cava ou fratura do filtro. C) **Complicações Gerais do Procedimento:** **Reação Alérgica:** Ao contraste iodado (usado para visualizar as veias), à anestesia ou a medicamentos. **Insuficiência Renal Induzida por Contraste:** O contraste pode temporariamente afetar a função dos rins, especialmente em pacientes com problemas renais preexistentes. **Exposição à Radiação:** Utilização de raios-X durante o procedimento. Embora monitorada, há uma exposição à radiação ionizante. **Dor:** Desconforto abdominal ou nas costas após o implante. **Morte:** Como em qualquer procedimento médico invasivo, existe um risco, embora pequeno, de óbito.
- **Alternativas de tratamento:** A principal alternativa ao implante de filtro de veia cava é a terapia anticoagulante (uso de medicamentos para afinar o sangue, como heparina, varfarina ou novos anticoagulantes orais), que é o tratamento de primeira linha para TVP e EP, quando não há contraindicações.



## Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília

Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900 Marília – SP CNPJ: 52.049.244/0001-62

Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559 site: [www.santacasamarilia.com.br](http://www.santacasamarilia.com.br)

### TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição  
(Resolução CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica).

### IMPLANTE DE FILTRO DE VEIA CAVA

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Esta ciente sobre o seu diagnóstico, a necessidade da instalação do cateter venoso central, o procedimento proposto, os riscos e benefícios associados, bem como as alternativas disponíveis. Todas as perguntas foram respondidas de forma clara e satisfatória. Entendendo que não há garantia absoluta de sucesso do procedimento e que podem surgir complicações inesperadas.
2. Esta ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.
3. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento, antes que o referido procedimento seja realizado.
4. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.
5. Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal (grau de parentesco):  
\_\_\_\_\_

Nome do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Responsável: \_\_\_\_\_