



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

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

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

TRATAMENTO POR EMBOLIZAÇÃO

O (a) paciente ou seu (sua) responsável abaixo assinado autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento designado “**TRATAMENTO POR EMBOLIZAÇÃO**”.

- **Definição:** A embolização é um procedimento médico minimamente invasivo que tem como objetivo bloquear ou reduzir o fluxo sanguíneo para uma área específica do corpo (como um vaso sanguíneo anormal, um tumor, uma fístula ou um local de sangramento). Isso é feito através da introdução de pequenos materiais (agentes embolizantes) dentro do vaso sanguíneo, guiados por cateteres finos e flexíveis. A embolização é indicada para diversas condições, dependendo da necessidade de bloquear ou reduzir o fluxo sanguíneo em vasos específicos. As principais indicações incluem: **Malformações Arteriovenosas (MAVs):** São anomalias congênitas onde há uma conexão direta e anormal entre artérias e veias, sem a rede de capilares. As MAVs podem ocorrer em diversas partes do corpo, como cérebro, medula espinhal, pulmões ou em membros (braços/pernas). A embolização visa reduzir ou eliminar o fluxo sanguíneo através da MAV para prevenir sangramentos (hemorragias), reduzir o tamanho da malformação, aliviar sintomas ou facilitar uma cirurgia posterior. **Hemangiomas e Malformações Linfáticas: Hemangiomas:** São tumores benignos (não cancerosos) formados por vasos sanguíneos anormais. **Malformações Linfáticas (Linfangiomias):** São anomalias dos vasos linfáticos. A embolização é usada para reduzir o tamanho dessas lesões, controlar sintomas como dor, inchaço, desfiguração ou sangramento, e em alguns casos, prepará-las para cirurgia. **Embolização Após Trauma:** Utilizada para controlar sangramentos internos graves causados por lesões traumáticas (acidentes), especialmente em órgãos como baço, fígado ou pelve, onde a cirurgia pode ser mais arriscada ou demorada. **Embolização de Sangramentos Ativos (Não Traumáticos):** Indicada para controlar sangramentos graves de diversas origens, como sangramentos gastrointestinais, sangramentos pós-cirúrgicos, sangramentos pulmonares, ou sangramentos uterinos (como em casos de miomas ou pós-parto), quando outras medidas conservadoras falham. **Quimioembolização de Neoplasias (Tumores):** É um tratamento para certos tipos de câncer (mais comumente no fígado, como o hepatocarcinoma ou metástases). Consiste em injetar agentes quimioterápicos diretamente nas artérias que irrigam o tumor, combinando a ação da quimioterapia com o bloqueio do fluxo sanguíneo (embolização) para o tumor. Isso concentra a droga no tumor, minimizando a exposição de outras partes do corpo e privando o tumor de nutrientes e oxigênio. **Embolização em casos de Priapismo:** O priapismo é uma ereção prolongada e dolorosa do pênis que não está relacionada à estimulação sexual e não cede espontaneamente. A embolização é utilizada para tratar casos de priapismo de alto fluxo (não isquêmico), onde há uma fístula (conexão anormal) entre uma artéria e os corpos cavernosos do pênis, levando a um excesso de fluxo sanguíneo. A embolização visa ocluir seletivamente essa fístula para restaurar a ereção normal e prevenir danos permanentes.

O procedimento de embolização é realizado em uma sala de hemodinâmica ou cirurgia, sob condições de esterilidade, e geralmente dura de 1 a 4 horas, dependendo da complexidade do caso. **Preparação:** A área de



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

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

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

TRATAMENTO POR EMBOLIZAÇÃO

punção (geralmente na virilha, mas pode ser no braço ou pescoço) será limpa e coberta com campos estéreis.

Anestesia: O procedimento pode ser realizado sob anestesia local ou, em alguns casos, sob anestesia geral (você estará dormindo). O médico anestesista discutirá a melhor opção com você. **Punção da Artéria/Veia:** O médico

fará uma pequena punção em uma artéria ou veia para introduzir um cateter fino e flexível. **Navegação e**

Angiografia: O cateter é cuidadosamente guiado através do sistema vascular até o vaso sanguíneo alvo.

Contrastes iodados são injetados para criar imagens de raio-X (angiografia) em tempo real, permitindo ao médico

visualizar a anatomia vascular e a área a ser tratada. **Embolização:** Uma vez que o cateter está na posição

correta, o médico injeta os agentes embolizantes (que podem ser pequenas partículas, microesferas, molas

metálicas – *coils*, cola, esclerose ou outras substâncias) para bloquear o fluxo sanguíneo na área desejada.

Finalização: Os cateteres são removidos, e o local da punção é fechado com compressão manual, um dispositivo

de fechamento especial ou pontos. **Pós-Procedimento:** Você será monitorado(a) de perto na unidade de

recuperação. Exames de imagem adicionais podem ser realizados para confirmar o sucesso da embolização.

- **Principais riscos possíveis:** Embora a embolização seja um tratamento eficaz, existem riscos e complicações potenciais, que podem variar dependendo da localização e do tipo de embolização: A)

Complicações Gerais (Aplicáveis a todas as Embolizações): No Local da Punção: Sangramento, hematoma, dor, inchaço, infecção, pseudoaneurisma (formação de um "aneurisma falso"), fístula arteriovenosa (conexão anormal entre artéria e veia).

Reação Alérgica: Ao contraste iodado (usado para visualizar os vasos), à anestesia ou a medicamentos. Pode variar de leve (coceira, urticária) a grave (dificuldade respiratória, choque anafilático).

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. **Perfuração ou Dissecção**

do Vaso: Lesão ou ruptura do vaso sanguíneo durante a passagem dos cateteres. **Embolização Não Alvo:** O

agente embolizante pode se deslocar e bloquear vasos sanguíneos não intencionados, causando danos a tecidos

ou órgãos saudáveis. **Dor:** Dor no local da embolização devido à isquemia (falta de sangue) do tecido tratado.

Infecção: Pode ocorrer no local da punção ou, raramente, no local da embolização. **Morte:** Como em qualquer

procedimento médico invasivo, existe um risco, embora pequeno, de óbito. B) **Complicações Específicas por**

Tipo de Embolização: **Embolização de Malformações Arteriovenosas (MAVs): Acidente Vascular**

Cerebral (AVC/Derrame): Devido à embolização não alvo, ruptura da MAV, ou trombose de vasos

importantes. **Hemorragia:** Sangramento durante ou após o procedimento. **Inchaço cerebral (edema). Necrose**

do tecido, feridas. Formação de novo aneurisma ou MAV residual: Podendo exigir tratamentos adicionais. C)

Embolização de Hemangiomas e Malformações Linfáticas: Lesão a tecidos ou nervos adjacentes: Podendo

resultar em dor, dormência, fraqueza ou disfunção do órgão afetado. **Alterações na pele:** Descoloração,

cicatrização anormal ou úlceras. **Inchaço exacerbado:** Temporário na área tratada. **Recorrência da lesão:**

Necessidade de re-embolização. D) **Embolização de Sangramentos Ativos (Pós-trauma ou de outras causas):**



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

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

Para procedimento(s) médico(s) de qualquer natureza nesta Instituição
(Resolução CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica).

TRATAMENTO POR EMBOLIZAÇÃO

Isquemia do Órgão/Tecido: O bloqueio do vaso sanguíneo pode causar falta de irrigação em parte do órgão ou tecido, levando a necrose (morte do tecido), disfunção do órgão (ex: insuficiência renal ou hepática se o vaso afetado for importante para esses órgãos) ou dor. **Resangramento:** A embolização pode não ser 100% eficaz, ou novos sangramentos podem ocorrer de outros vasos. **Infecção ou Abscesso:** Na área de tecido isquêmico ou necrosado. E) **Quimioembolização de Neoplasias (Tumores): Síndrome Pós-Embolização:** Muito comum, caracterizada por dor abdominal, febre, náuseas e vômitos, geralmente controlável com medicamentos e de curta duração. **Insuficiência Hepática:** Risco de dano ao fígado, especialmente em pacientes com doença hepática preexistente ou cirrose. **Complicações Biliares:** Colecistite (inflamação da vesícula biliar), abscessos ou isquemia das vias biliares. **Úlceras Gastrointestinais:** Devido à embolização não alvo de vasos que suprem o estômago ou intestino. **Reações Adversas à Quimioterapia:** Embora minimizadas pela administração local, podem ocorrer efeitos sistêmicos. F) **Infecção ou Abscesso Hepático.** G) **Embolização no priapismo. Dissecção ou Perfuração da Artéria Peniana:** Lesão na artéria durante a manipulação do cateter. H) **Embolização Isquêmica:** Embora o objetivo seja tratar o priapismo de alto fluxo, existe o risco de ocluir acidentalmente artérias importantes, levando à falta de sangue (isquemia) nos corpos cavernosos, o que pode causar necrose tecidual e disfunção erétil permanente. **Disfunção Erétil:** a embolização pode resultar em dificuldades para obter ou manter uma ereção, ou até mesmo disfunção erétil permanente. **Hematoma Peniano:** Acúmulo de sangue no pênis. **Recorrência do Priapismo:** A fístula pode não ser completamente ocluída ou pode se recanalizar, necessitando de novos tratamentos. **Infecção.**

- **Alternativas de tratamento:** As alternativas à embolização variam amplamente dependendo da condição a ser tratada, e podem incluir: **Observação/Tratamento Conservador:** Monitoramento da condição sem intervenção invasiva. **Cirurgia Aberta:** Remoção cirúrgica da malformação, tumor ou reparo do sangramento. **Radioterapia/Radiocirurgia:** Utilização de radiação para tratar tumores ou MAVs. **Tratamento Medicamentoso:** Para controle de sangramentos, dor ou sintomas de outras condições. **Transplante de Órgãos:** Em casos de doença avançada (ex: câncer de fígado).

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

1. Esta ciente sobre o seu diagnóstico, 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.



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

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

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

TRATAMENTO POR EMBOLIZAÇÃO

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: _____