

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
TRATAMENTO ESCLEROTERÁPICO DE VARIZES**

<b>PACIENTE:</b>	
<b>DATA NASCIMENTO:</b>	<b>RG Nº:</b>
<b>PRONTUÁRIO:</b>	<b>ATENDIMENTO:</b>

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Hospital Dia.

**PROCEDIMENTO:** O procedimento apresenta como objetivo a melhoria da circulação sanguínea venosa através de um processo inflamatório que leva ao espessamento e ao fechamento da veia, visando alívio dos sintomas e como resultado, as varizes se tornam menos visíveis ou desaparecem completamente.

**DEFINIÇÃO:** A escleroterapia é um procedimento não cirúrgico utilizado para tratar as varizes e os vasinhos, sendo realizada por um médico angiologista. O tratamento através da escleroterapia é muito eficaz, eliminando as veias dilatadas e devolvendo o aspecto saudável às pernas dos pacientes.

**RISCOS E COMPLICAÇÕES:** Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves tais como: Desconforto/dor leve durante a punção venosa; causa também desconforto quando é inserida na veia ou depois; mal - estar; tontura e queda de pressão durante o procedimento; formação de manchas hipercrômicas, tipo ferrugem, que a longo prazo podem ir diminuindo; formação de sangue retido (aspecto de coágulo), que pode ser diminuído com uma pequena drenagem com agulha apropriada, no ambulatório(retorno); hematomas; edema; complicações mais graves (raras): feridas, reações alérgicas, trombose venosa profunda e inclusive morte (<0,1%).

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
TRATAMENTO ESCLEROTERÁPICO DE VARIZES**

<b>PACIENTE:</b>	
<b>DATA NASCIMENTO:</b>	<b>RG Nº:</b>
<b>PRONTUÁRIO:</b>	<b>ATENDIMENTO:</b>

**( ) Paciente**

Assinatura: \_\_\_\_\_

Salvador/BA, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**( ) Responsável**

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

Identidade nº: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Salvador/BA, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Declaração do Médico Responsável**

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o procedimento, os riscos e complicações, as orientações pré e pós procedimento. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico: \_\_\_\_\_

Salvador/BA, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_