



Protocolo de Atenção à Saúde

Organização da Assistência ao Portador de Doença Arterial Obstrutiva Periférica

Área(s): Referência Técnica Distrital de Cirurgia Vascular

Portaria SES-DF Nº 1045 de 20.12.2019 , publicada no DODF Nº 247 de 30.12.2019 .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

SciELO; PubMed.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Doença Arterial Periférica; Aterosclerose.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

5 artigos Período: 10 anos.

2- Introdução

A Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) é uma condição potencialmente grave, estando associada a alto risco de morbimortalidade cardiovascular e de incapacidade física. A doença gera um elevado custo financeiro e social ao Estado, impactando nos serviços de saúde e no sistema previdenciário¹.

A DAOP apresenta uma prevalência de 10 a 25% na população acima de 55 anos. Cerca de 70 a 80% dos pacientes acometidos são assintomáticos. Este fato pode retardar ou dificultar o diagnóstico precoce e o início do tratamento em uma fase inicial, reduzindo, assim, as chances para uma evolução positiva da doença⁷.

A claudicação intermitente é o mais frequente dos sintomas da DAOP e resulta da redução do aporte de fluxo sanguíneo para os membros inferiores durante o exercício. A claudicação é caracterizada por dor ou desconforto durante a caminhada e que desaparece após repouso^{1,6}.

3- Justificativa

O presente protocolo tem por objetivo definir critérios para a organização assistencial ao usuário portador de DAOP na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada (Secundária e Terciária), no Distrito Federal.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

I70 – Aterosclerose

I70.2 – Aterosclerose das artérias das extremidades

I70.8 – Aterosclerose de outras artérias

I70.9 – Aterosclerose generalizada e não especificada

I73 – Outras doenças vasculares periféricas

I73.1 – Tromboangeíte obliterante (Doença de Buerger)

I73.8 – Outras doenças vasculares periféricas especificadas

I73.9 – Doenças vasculares periféricas não especificada

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

Anamnese / Exame físico:

- I. Presença de claudicação intermitente;
- II. Ausculta das artérias femorais;
- III. Palpação dos pulsos das áreas da extremidade inferior (femoral comum, femoral, poplítea, tibial interior e tibial posterior);
- IV. Em pacientes sintomáticos: coloração, temperatura, integridade da pele do pé e presença de ulcerações;
- V. Palpação abdominal e ausculta em diferentes níveis, incluindo os flancos, a região periumbilical e as regiões ilíacas; Índice Tornozelo-Braquial: O índice tornozelo-braquial (ITB) é uma ferramenta fundamental e primária, devendo ser realizado após o diagnóstico clínico e antes de qualquer modalidade diagnóstica invasiva.
- VI. Índice Tornozelo-Braquial: O índice tornozelo-braquial (ITB) é uma ferramenta fundamental e primária, devendo ser realizado após o diagnóstico clínico e antes de qualquer modalidade diagnóstica invasiva. É calculado pela divisão da maior

pressão sistólica nas artérias do tornozelo pela pressão sistólica da artéria braquial, aferido com o indivíduo em decúbito dorsal, com uso de esfigmomanômetro e um aparelho portátil de ultrassom de ondas contínuas.

A tabela 1 descreve os achados. O ITB é limitado em pacientes com comorbidades associadas à presença de calcificação arterial, como o diabetes e insuficiência renal em estágios avançados. A tabela 2 descreve a classificação de Fontaine para a doença arterial e local de acompanhamento^{3,7,8}.

Tabela 1- Classificação do ITB

ITB > 1.30*	Calcificação (risco de DCV)
ITB 0.90 – 1.30	Normal
ITB < 0.90*	Anormal (sugestivo de DAP)
ITB < 0.60*	Isquemia significativa

Fonte: IWGDF, 2015

Eco-Color-Doppler: O estudo com a Ecografia Vascular com Doppler das artérias da extremidade é um método diagnóstico não-invasivo, recomendado como avaliação pré-operatória para cirurgia de revascularização em isquemia de membros inferiores. Por este motivo, a solicitação está reservada aos pacientes já em acompanhamento especializado, em preparação para o tratamento definitivo.

6- Critérios de Inclusão

Todos os pacientes com Doença Arterial Obstrutiva Periférica, assintomáticos e sintomáticos segundo a Classificação FONTAINE (Quadro 1), deverão ser tratados pela rede SES-DF. Segundo o fluxograma em anexo, os pacientes assintomáticos (Fontaine I) deverão ser tratados na Atenção Primária à Saúde - APS e os pacientes sintomáticos (Fontaine II a IV) serão encaminhados à Atenção Especializada, visando o tratamento definitivo.

Quadro 1 - Acompanhamento na SES conforme Classificação FONTAINE:

Estágio	Sinais/sintomas	Acompanhamento
Estágio I	Assintomático	Atenção Primária em Saúde (APS)

Estágio II a	Claudicação intermitente limitante (distância livre de dor >200m)	APS
Estágio II b	Claudicação intermitente incapacitante (distância livre de dor <200m)	APS e atenção terciária (vascular)
Estágio III	Dor isquêmica em repouso (ITB<60mmHg)	APS e atenção terciária (vascular)
Estágio IV	Lesão trófica isquêmica	APS e atenção terciária (vascular)

Fonte: SES modificado

7- Critérios de Exclusão

Os pacientes sem evidência de doença isquêmica e com presença de pulsos periféricos palpáveis.

8- Conduta

8.1 Conduta Preventiva

A base inicial do tratamento da DAOP é a prevenção secundária das doenças cardiovasculares, com dois pilares básicos:

1. Mudança de estilo de vida:
 - a. Exercícios físicos regulares, como caminhada
 - b. Controle ponderal
 - c. Cessação do Tabagismo
2. Controle de fatores de risco
 - a. Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica
 - b. Controle da Intolerância à glicose
 - c. Controle do Diabetes Mellitus
 - d. Controle das Dislipidemias
 - e. Interrupção do Tabagismo

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Ação de equipe multidisciplinar é essencial para o controle dos fatores de risco e prevenção de complicações:

- a) Atuação do psicossocial:
 - Para pacientes com dificuldade de aderência ao tratamento, por exemplo cessação do tabagismo e perda ponderal;
 - Para o pós operatório das cirurgias de amputação;
- b) Atuação da enfermagem:
 - Atua na avaliação e realização de curativos de feridas vasculares;
 - Atua na prevenção dos fatores de risco com coordenação de grupos de

hipertensão, diabetes e tabagismo;

c) Atuação da fisioterapia e fisioterapia:

- Reabilitação após procedimento de amputação

• Atuação da endocrinologia:

- Controle do diabetes e dislipidemia.

d) Atuação da equipe de nutrição

- Planejamento nutricional para controle de diabetes, dislipidemia e perda ponderal

e) Atuação da pneumologia:

- Orientação e tratamento ao tabagismo

8.3 Tratamento Farmacológico

Tabagismo: É o fator de risco modificável isolado mais importante no desenvolvimento e exacerbação da DAOP. A cessação do fumo retarda a progressão à isquemia crítica. É recomendada a cessação do fumo por meio de programas específicos de auxílio. Segundo o Ministério da Saúde, as estratégias usadas para o tratamento para cessação do tabagismo podem ser divididas em intervenções psicossociais e tratamento medicamentoso. As intervenções psicossociais incluem aconselhamento, materiais de autoajuda e abordagem cognitivo-comportamental, com ênfase nesta última, que representa o alicerce principal do tratamento. O tratamento medicamentoso aumenta significativamente as chances de o fumante alcançar a cessação completa, mas desempenha um papel auxiliar no acompanhamento do indivíduo. O tratamento medicamentoso visa, basicamente, ao controle dos sintomas de abstinência provocados pela suspensão do uso da nicotina, portanto voltado apenas ao que se refere à dependência física. Assim, entende-se seu papel de auxiliar na cessação do tabagismo, que envolve dependências física, psíquica e social. As medicações utilizadas para este fim são a Nicotina (21mg adesivo, 14mg adesivo, 7mg adesivo, 2mg goma de mascar) e o Cloridrato de Bupropiona, 150mg. Todas as medicações são dispensadas pela Atenção Básica³.

Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial: Sabe-se que há importante redução das complicações vasculares com o controle glicêmico e pressórico intensivo, incluindo neuropatia diabética, lesão endotelial e infecções. Para maiores informações, consultar o protocolo Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção

Primária à Saúde, da SES/DF disponível na página eletrônica da Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde.

Dislipidemia: Estudo recente, comparando indivíduos com e sem DAOP que usavam e que não usavam estatinas, demonstrou que o uso dessas drogas estava associado à menor disfunção vascular de membros inferiores, independente dos níveis de colesterol sérico, o que pode dever-se às propriedades não-colesterol-redutoras dessas drogas (efeitos pleiotrópicos)⁴.

Para pacientes considerados de alto risco cardiovascular, tem-se como objetivo reduzir o colesterol LDL para menos de 50 mg/dL. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas “DISLIPIDEMIA: PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES E PANCREATITE”, do Ministério da Saúde⁵, presente na Portaria SAS/MS no 200, de 25 de fevereiro de 2013, os fármacos utilizados para tratamento da dislipidemia e que são padronizados pela SES/DF são: Atorvastatina (comprimidos de 10mg e 20mg), Sinvastatina (comprimidos de 20mg e 40 mg), Bezafibrato (comprimidos 200 mg e 400 mg), Ciprofibrato (comprimidos de 100 mg) e Genfibrozila (comprimidos de 600mg). Destes, apenas a Sivastatina é de despesação pela Atenção Básica. Os demais, são dispensador no nível Componente Especializado.

Antiagregante plaquetários: o uso é recomendado para todos os pacientes portadores de DAOP. Recomenda-se tratamento inicial com Ácido Acetilsalicílico na dose de 100mg/dia, sendo este, um medicamento dispensado pela Atenção Básica.

Cilostazol: Está demonstrado o benefício significativo em aumentar a distância de caminhada e a qualidade de vida do portador de DAOP. O cilostazol é a droga de escolha para o tratamento farmacológico da claudicação em pacientes com e sem diabetes. No entanto, seu uso está associado a efeitos adversos não infrequentes, tais como cefaleia, diarreia, palpitações e tonturas, e está contraindicado se houver evidência de insuficiência cardíaca. A dose inicial recomendada é de 50 a 100 mg de 12 em 12 horas.

A Revascularização arterial por cirurgia convencional ou endovascular é indicada para pacientes com claudicação intermitente que não responderam ao tratamento com exercícios ou com medicamentos, com limitações na qualidade de vida ou na vida profissional.

8.3.1 Fármaco(s)

- ACIDO ACETILSALICILICO COMPRIMIDO 100 MG - AB
- ATORVASTATINA COMPRIMIDO 10MG - CE
- ATORVASTATINA COMPRIMIDO 20MG - CE
- BEZAFIBRATO COMPRIMIDO DE DESINTEGRAÇÃO LENTA 400MG - CE
- BEZAFIBRATO DRAGEA OU COMPRIMIDO REVESTIDO 200MG - CE
- BUPROPIONA COMPRIMIDO 150MG - MAB
- CILOSTAZOL COMPRIMIDO 100mg - AB
- CIPROFIBRATO COMPRIMIDO 100MG - CE
- GENFIBROZILA COMPRIMIDO 600MG - CE
- NICOTINA ADESIVO TRANSDERMICO 14 MG - MAB
- NICOTINA ADESIVO TRANSDERMICO 21 MG - MAB
- NICOTINA ADESIVO TRANSDERMICO 7 MG - MAB
- NICOTINA GOMA DE MASCAR 2MG - MAB
- SINVASTATINA COMPRIMIDO 20 MG - AB
- SINVASTATINA COMPRIMIDO 40 MG – AB

AB = Atenção Básica: dispensado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mediante apresentação de receituário médico.

MAB = Medicamento Estratégico da Atenção Básica: dispensado nas unidades cadastradas pelo Programa de Prevenção de Tabagismo. A dispensação é realizada apenas para os pacientes que participam do programa de prevenção de controle do tabagismo.

CE = Componente Especializado: dispensado pelas Farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, mediante apresentação de receita médica, exames e documentos exigidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.

8.3.2 Esquema de Administração

- AAS: 100/mg, no almoço
- Cilostazol: 50 mg de 12/12h ou 100 mg de 12/12horas

- Nicotina:

Para tabagistas que fumam mais de 20 cigarros por dia:	Semana 1 a 4: 1 adesivo de 21 mg a cada 24 horas. Semana 5 a 8: 1 adesivo de 14 mg a cada 24 horas. Semana 9 a 12: 1 adesivo de 7 mg a cada 24 horas.
Para tabagistas que fumam de 10 a 20 cigarros por dia e que fumam seu primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, recomenda-se o seguinte esquema:	Semana 1 a 4: 1 adesivo de 14 mg a cada 24 horas. Semana 5 a 8: 1 adesivo de 7 mg a cada 24 horas. Duração total do tratamento: 8 semanas.

Goma de mascar	Semana 1 a 4: 1 tablete de 2 mg a cada 1 a 2 horas. Semana 5 a 8: 1 tablete de 2 mg a cada 2 a 4 horas; Semana 9 a 12: 1 tablete de 2 mg a cada 4 a 8 horas. Duração total do tratamento: 12 semanas
----------------	---

• Cloridrato de Bupropiona: Primeiros três dias de tratamento: 1 comprimido de 150 mg pela manhã. A partir do quarto dia de tratamento, até completar 12 semanas: 1 comprimido de 150 mg duas vezes ao dia (manhã e tarde, com intervalo de 8 horas entre as doses).

- Atorvastatina: dose inicial 10 mg, 1x à noite, podendo chegar a 80mg, à noite
- Sinvastatina: dose inicial 20 mg, 1x à noite, podendo chegar a 40mg, à noite
- Bezafibrato: dose inicial 200 mg/ dia, podendo chegar a 400mg/dia
- Ciprofibrato: 100mg/dia
- Genfibrozila: dose inicial 600 mg/ dia, podendo chegar a 1200mg/dia

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Medicamento	Contra-indicações
Cilostazol	- Insuficiência cardíaca; - Distúrbios hemostáticos; - Úlcera péptica hemorrágica; - Hemorragia intracraniana
AAS	- hipersensibilidade ao ácido acetilsalicílico, a outros salicilatos ou a qualquer outro componente do produto; - história de asma induzida pela administração de salicilatos ou substâncias com ação similar; - diátese hemorrágica; - insuficiência renal grave; - insuficiência hepática grave; - insuficiência cardíaca grave; - associado ao metotrexato em doses iguais ou maiores que 15 mg/semana; - último trimestre de gravidez; - hemorragias; - doença ulcerosa péptica.

Sinvastatina, atorvastatina	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidade a qualquer componente do produto; - Doença hepática ativa ou aumentos persistentes e inexplicados das transaminases séricas; - Gravidez e lactação; - Administração concomitante de inibidores potentes do CYP3A4 (por ex, itraconazol, cetoconazol, posaconazol, voriconazol, inibidores da protease do HIV, boceprevir, telaprevir, eritromicina, claritromicina, telitromicina, nefazodona e medicamentos contendo cobicistate); - Administração concomitante de genfibrozila, ciclosporina ou danazol.
-----------------------------	---

Por se tratar de uma doença que não possui cura, o tratamento possui duração indeterminada.

Em caso de efeitos colaterais/intolerância ao tratamento, interromper tratamento com a droga utilizada e trocar para outra da mesma classe, conforme tabela abaixo:

CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO DOS MEDICAMENTOS^{6,7}

Medicamento	Crítérios de interrupção	Manejo
Cilostazol	dor de cabeça incapacitante	1o: reduzir dose para 50mg diárias 2o: discutir uso de pentoxifilina
AAS	<ul style="list-style-type: none"> - hipersensibilidade ao ácido acetilsalicílico, a outros salicilatos ou a qualquer outro componente do produto; - diátese hemorrágica; - insuficiência renal grave; - insuficiência hepática grave; - insuficiência cardíaca grave; - associado ao metotrexato em doses iguais ou maiores que 15 mg/semana; - hemorragias; - doença ulcerosa péptica. 	Substituir por clopidogrel
Sinvastatina, atorvastatina	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidade a qualquer componente do produto; - Doença hepática ativa ou aumentos persistentes e inexplicados das transaminases séricas; 	suspender tratamento

9- Benefícios Esperados

Após início do tratamento os pacientes deverão apresentar a melhora clínica dos sinais e sintomas, com redução da dor e retorno às atividades laborais. Além disso, deverão ser observados a redução do número de complicações cardiovasculares (AVE, amputações, IAM, DRC), redução do número de internações e, conseqüentemente, redução da taxa de mortalidade e melhora da expectativa de vida.

10- Monitorização

- Portadores de DAOP classificados como Fontaine I: Esse grupo de pacientes deverá ser tratado e acompanhado na Atenção Primária à Saúde – APS, sendo instituído medidas clínicas otimizadas.
- Serão encaminhados à Atenção Especializada (Secundária ou Terciária) os pacientes que, fazendo uso da terapia clínica otimizada, apresentarem progressão da doença: claudicação intermitente limitante ou incapacitante, dor de repouso ou ferida isquêmica, visando tratamento intervencionista.
- Os casos identificados pela Atenção Especializada (Secundária ou Terciária) serão contra-referenciados para acompanhamento na APS com plano de cuidado estabelecido.

Fluxograma para Atendimento Especializado ao paciente portador de DAOP

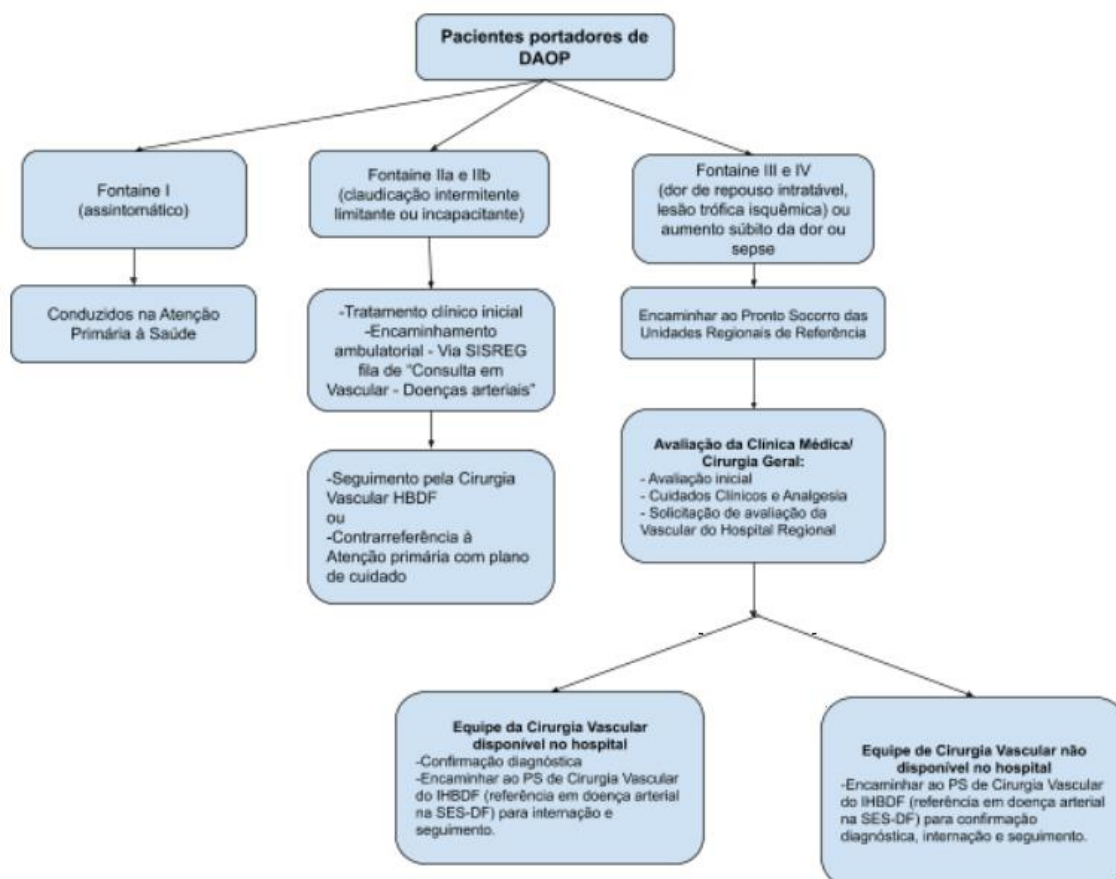
Quando indicado, os pacientes estáveis portadores de DAOP serão encaminhados e regulados para atendimento no serviço ambulatorial especializado em Doenças Arteriais, concentrado no Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (Inseridos no SISREGIII na fila “Consulta em Cirurgia Vascular - Doenças arteriais”).

Os pacientes graves, com dor de repouso ou feridas isquêmicas ativas, deverão ser encaminhados aos serviços de pronto atendimento da Unidade de Referência de cada Região Administrativa, sendo recebidos inicialmente pela Unidade de Clínica Médica ou de Cirurgia Geral, que fará o atendimento inicial, analgesia, suporte clínico e, posteriormente, solicitará avaliação conjunta da equipe de Cirurgia Vascular da própria unidade regional, quando disponível. Na confirmação do quadro de doença arterial periférica grave, o paciente deverá ser encaminhado para internação e seguimento pela Unidade de Cirurgia Vascular do IHBDF (referência em doença arterial da SES-DF).

Na ausência de serviço de Cirurgia Vascular na unidade regional, o paciente deverá ser encaminhado diretamente para avaliação da Unidade de Cirurgia Vascular

do Hospital de Base, mediante pedido de parecer e seguir à internação se conformidade com este protocolo.

Todos os encaminhamentos deverão ser realizados após contato prévio com o cirurgião vascular de plantão e deverão ser anexados os relatório médicos com as informações detalhadas.



11- Acompanhamento Pós-tratamento

Semestral ou à critério do médico assistente (APS ou Cirurgião Vascular)

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Aplica-se o termo de esclarecimento e responsabilidade pelo paciente ou responsável diante de indicação de cirurgia arterial (anexo 1).

Aplica-se o termo de esclarecimento e responsabilidade pelo paciente ou responsável diante de indicação de tratamento medicamentoso (anexo 2)

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Será realizado pelo Gestor em conjunto com a Referência Técnica Distrital através do monitoramento dos indicadores taxa de mortalidade, do número de internações e da taxa de amputações nas Unidades de Saúde vinculadas à SES-DF.

14- Referências Bibliográficas

1. Presti, C. et al. Projeto Diretrizes SBACV. DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA OBSTRUTIVA DE MEMBROS INFERIORES - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. 2015.
2. FALUDI, André Arpad et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2017, vol.109, n.2, suppl.1
3. NETO, Silvestre Savino e do Nascimento, José Luis Martins. Doença arterial obstrutiva periférica: novas perspectivas de fatores de risco. Rev. Para. Med. [online]. 2007, vol.21, n.2 [citado 2017- 12-05],pp.35-39.
4. Schaan B, Mandelli N. Conduta na Doença Arterial Periférica em Pacientes Diabéticos. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Ano XIII no 02 Mai/Jun/Jul/Ago 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 154 p. : il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40).
6. Brito , C.J.; Silva, R.M. - Cirurgia Vasculard: Cirurgia Endovascular, Angiologia, 3a ed., Revinter, 2014.
7. Maffei FHA. Doenças Vasculares Periféricas. 5ª ed., Guanabara, 2015.
8. Termos de Consentimento Livre e Esclarecido orientado pela SBACV. Disponível em: <https://www.sbacv.org.br/tabelas-e-informacoes-uteis/termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido>. Último acesso em 11/12/19

ANEXO 1

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA CIRURGIA ARTERIAL

(Resolução CFM n. 1.931/2009 – Código de Ética Médica)

Cirurgia Arterial

Por meio deste instrumento particular, eu abaixo assinado (a), procurei o Dr. (a) _____ para o tratamento cirúrgico de (descrever a cirurgia a ser realizada) _____ e por isso autorizo a realização do procedimento, estando ciente das seguintes condições:

- 1 Fui informado (a) do meu diagnóstico e que o tratamento pode não ser definitivo e recebi as instruções relativas ao pré e pós-operatório.
- 2 O objetivo do tratamento é a melhoria da circulação sanguínea.
- 3 A anestesia é feita por anestesista autônomo, sendo o seu ato médico totalmente destacada do cirurgião
- 4 Estou ciente das complicações e dos riscos que eventualmente podem ocorrer e que deverei tratar, sendo os mais frequentes: edema (inchaço), manchas escuras no local (hematomas), reação alérgica ao anestésico, distúrbios da sensibilidade da pele, alergia cutânea, trombose, infecção, amputação do membro afetado e até raramente o óbito. Além destas, podem ocorrer outras complicações: (descrever outras se necessário): _____
- 5 Havendo complicações da cirurgia autorizo o cirurgião a chamar outros especialistas, conforme o caso.
- 6 Declaro que além das informações constantes neste Termo fui esclarecido (a) verbalmente pelo médico a respeito do meu tratamento onde pude dirimir minhas dúvidas.
- 7 Estou ciente que em caso de intercorrência durante a cirurgia o médico poderá optar por realizar outro procedimento anteriormente não previsto ou alterar a técnica original, e de usar todos os meios disponíveis que estão ao seu alcance em meu favor, especialmente em caso de iminente risco de morte.

Data, nome e assinatura do paciente ou representante legal.

ANEXO 2

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA CIRURGIA
ARTERIAL

(Resolução CFM n. 1.931/2009 – Código de Ética Médica)

Tratamento Medicamentoso Vascular

Por meio deste instrumento particular, eu abaixo assinado (a), procurei o Dr.
(a) _____ para o tratamento (descrever):
_____ e por isso autorizo a utilização do seguinte
medicamento: (descrevê-lo): _____

1. Fui informado (a) do meu diagnóstico e que o tratamento pode não ser definitivo.
2. O objetivo do tratamento é a melhoria da circulação sanguínea.
3. Estou ciente das complicações e dos riscos que eventualmente podem ocorrer e que deverei tratar, sendo os mais freqüentes: (descrever) _____
4. Fui informado (a) da necessidade de acompanhamento angiológico regular.
5. Declaro que além das informações constantes neste Termo fui esclarecido (a) verbalmente pelo médico a respeito do meu tratamento onde pude dirimir minhas dúvidas.

Data, nome e assinatura do paciente ou representante legal..