



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

LUÍS GUILHERME ABRANTES BOTELHO MAIA

Sarcoidose Pulmonar atípica – a propósito de um caso clínico

CASO CLÍNICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PNEUMOLOGIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

DRA. SARA ELISABETE MARTA DE OLIVEIRA DA SILVA FREITAS
PROFESSOR DOUTOR TIAGO MANUEL POMBO ALFARO

NOVEMBRO 2021

ÍNDICE

Resumo	1
Abstract.....	2
Introdução.....	3
Caso Clínico	5
Discussão	7
Conclusão.....	10
Referências Bibliográficas	11
Anexos.....	13

RESUMO

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória crónica granulomatosa multissistémica, histologicamente caracterizada pela presença de granulomas epitelioides não caseosos. Clinicamente, a maioria dos doentes refere sintomas gerais como astenia ou adinamia. Imagiologicamente, o envolvimento torácico mais frequente são as linfadenopatias hilares bilaterais sendo extremamente raro apresentar-se inicialmente sob a forma de nódulo pulmonar solitário.

Caso Clínico: Apresentamos um caso de uma doente com diagnóstico de sarcoidose. Com sintomatologia inicial inespecífica de astenia e tosse não produtiva com 3 meses de evolução, apresentou em TC torácica de alta resolução uma lesão pulmonar pseudo-nodular isolada de 16mm de contornos irregulares e densidade de tecidos moles. Após realização de ¹⁸F-FDG-PET/CT, que descreveu características sugestivas de malignidade, a doente foi orientada inicialmente para biópsia transtorácica guiada por TC, que não foi realizada, e posterior Ecoendoscopia brônquica. O resultado anatomo-patológico das linfadenopatias sugeriu doença granulomatosa tendo sido realizada biópsia extemporânea com resseção do nódulo pulmonar, que confirmou o diagnóstico de sarcoidose.

Conclusão: Não obstante tratar-se de uma lesão benigna com bom prognóstico, é de marcada importância documentar a apresentação clínica e imagiológica rara assim como o subsequente algoritmo diagnóstico e tratamento. Ambiciona-se com este trabalho auxiliar possíveis futuros casos semelhantes.

Palavras-Chave: Sarcoidose; Apresentação clínica; Nódulos Pulmonares; Biópsia

ABSTRACT

Introduction: Sarcoidosis is a multisystemic chronic granulomatosis disease, characterized in histology by the presence of non-necrotizing epithelioid granulomas. Most patients have nonspecific clinical features such as asthenia or adynamia. The most frequent thoracic involvement finding is bilateral hilar lymph node enlargement, and it is extremely rare having a solitary pulmonary nodule as an initial imaging feature.

Case Report: We're presenting the case of a patient with the diagnosis of sarcoidosis. With initial nonspecific symptoms of asthenia and non-productive cough for 3 months, the patient exhibited in high-resolution CT of the chest one solitary pulmonary pseudo-nodular lesion with 16mm, irregular borders and soft tissue density. After ^{18}F -FDG-PET/CT, that described malignant characteristics, the patient was initially guided for Transthoracic biopsy with TC guidance, but the procedure was not carried out, and instead, an Endobronchial Ultrasound was performed. The anatomy pathology results of the lymphadenopathy suggested a granulomatous disease and an extemporaneous biopsy with pulmonary resection was executed and confirmed the diagnosis of sarcoidosis.

Conclusion: Although this disease is benign and has good prognosis, it is undoubtedly important to detail this clinical and imaging features as well as the subsequent diagnosis algorithm and treatment. With this case report, we aim to assist possible future similar cases.

Keywords: Sarcoidosis; Clinical Features; Pulmonary nodules; Biopsy

INTRODUÇÃO

A Sarcoidose é uma doença inflamatória crônica granulomatosa multissistêmica de etiologia desconhecida. Caracteriza-se histologicamente pela presença de granulomas não caseosos¹. Pode envolver qualquer órgão incluindo Sistema Nervoso Central, coração, ossos e pele². Ocorre mais caracteristicamente entre as idades de 25 a 45 anos em ambos os gêneros, com um segundo pico de incidência em mulheres após os 50 anos, observado na Europa e Japão^{3,4}.

Clinicamente, a maioria dos doentes refere sintomas gerais como astenia ou adinamia, estando os sintomas respiratórios como tosse, dispneia ou toracalgia presentes apenas em 30-53% dos casos^{5,6,7}. Dentro das manifestações extrapulmonares, as lesões cutâneas, uveítes e linfadenopatias periféricas são as mais frequentes com 15-25% de prevalência. Nesta patologia, metade dos casos são assintomáticos sendo detetados acidentalmente por métodos imagiológicos. É de ter em conta que mais de 90% dos doentes apresentam alterações radiológicas torácicas sendo o espectro de apresentação torácica vasto. Por consequência, os achados pulmonares em tomografia computadorizada (TC) são academicamente divididos em típicos e atípicos^{8,9}.

As alterações radiológicas típicas em TC têm sido bem descritas na literatura e o envolvimento torácico mais frequente consiste em linfadenopatias hilares bilaterais, habitualmente simétricas, com ou sem aumento linfático mediastínico, que ocorre em cerca de 95% dos doentes com Sarcoidose^{10,11,12}. Associa-se em 60% dos casos a infiltrados micronodulares pulmonares, usualmente bilaterais e simétricos, com predomínio nos lobos superiores¹³. Estes micronódulos perilinfáticos dispõem-se difusamente principalmente no interstício subpleural e peribroncovascular, mas também nas cizuras interlobares e septos interlobulares^{14,15}.

Contudo, as alterações radiológicas atípicas ocorrem em 25% a 30% dos doentes com atingimento torácico e são relativamente frequentes em doentes com mais de 50 anos^{16,17,18}. As alterações atípicas de sarcoidose pulmonar incluem linfadenopatias atípicas, massas ou nódulos pulmonares, opacidades em vidro despolido, envolvimento pleural, envolvimento da via aérea, opacidades lineares, sinal de halo, alterações intersticiais não micronodulares e/ou fibroquísticas, que dificultam o diagnóstico diferencial com outras doenças e atrasam o momento do diagnóstico¹⁹.

Relativamente aos nódulos e massas pulmonares, estão presentes em 15% a 25% dos doentes que apresentam opacidades parenquimatosas. Os nódulos apresentam habitualmente uma configuração irregular, são múltiplos e bilaterais, pericentimétricos, com localização peri-hilar ou

em regiões periféricas, com predominância nos lobos superiores^{20,21,22}.

Nódulos ou massas solitárias apresentam uma incidência desconhecida e são raramente reportados na literatura. Resultam de vários granulomas coalescentes que conferem a aparência de um só nódulo ou massa²³.

Neste trabalho, apresentamos o caso de uma doente com sarcoidose, detetada sob a forma de nódulo pulmonar solitário. Atendendo à escassa descrição na literatura desta forma de apresentação, pretende-se documentar esta manifestação clínica atípica e rara de sarcoidose pulmonar.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, de 63 anos, não fumadora, em seguimento na consulta externa de Reumatologia por Esclerose Sistémica, referiu quadro de tosse não produtiva com 3 meses de evolução. Concomitante com o início do mesmo, referiu queixas de astenia e dores generalizadas de localização articular. Contudo, negou dispneia e toracalgia. Ao exame objectivo, apresentava-se sem alterações de relevo, com murmúrio vesicular mantido e simétrico, e sem ruídos adventícios à auscultação pulmonar.

A doente era portadora de uma radiografia do tórax sem alterações pleuroparenquimatosas de relevo e provas funcionais respiratórias com débitos e volumes pulmonares normais, ambas realizadas 2 meses antes do início da sintomatologia. Pela persistência da sintomatologia, foi solicitada TC do tórax de alta resolução (TCAR). A TCAR revelou uma área de densificação pseudo-nodular com 16mm de diâmetro de contornos irregulares e densidade de tecidos moles, no segmento anterior do lobo superior esquerdo (LSE), em sede justa-cardíaca (Figura 1 e 2). Após discussão do caso com a Pneumologia, foi realizada uma PET/CT com ^{18}F -FDG que descreveu um nódulo justamediastínico com cerca de 14mm de diâmetro, de contornos irregulares e funcionalmente hipercaptante (SUV máx 2,8) Estas características anatomo-funcionais eram sugestivas de malignidade. Para além do nódulo, foram ainda descritas adenomegalias hipermetabólicas, que levantavam a suspeita de metastização ganglionar (SUV máx 3,5 a 14,4), a nível bronco-hilar, mediastínicas, laterocervicais, axilar direita e abdominais superiores. Por conseguinte, a doente foi proposta inicialmente para biopsia transtorácica guiada por TC (BTT) que não foi possível realizar devido à localização adjacente à pleura mediastínica do nódulo e à incapacidade de a doente colaborar na apneia inspiratória. Foi então orientada para ecoendoscopia brônquica (EBUS) cujo resultado anatomo-patológico se revelou negativo para células neoplásicas e sugestivo de doença granulomatosa.

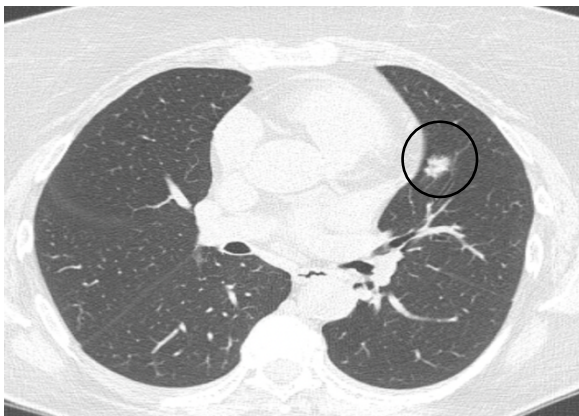


Figura 1: Densificação pseudo-nodular, com cerca de 16mm de diâmetro, de densidade de tecidos moles, contorno irregular, localizada no segmento anterior do LSE

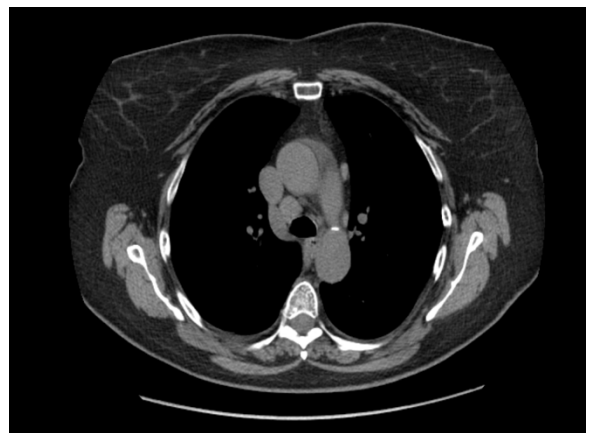


Figura 2: Adenomegalia na loca de Baretty com 16mm de eixo curto

Dadas as características suspeitas do nódulo pulmonar solitário, o caso foi discutido em reunião multidisciplinar e decidida biópsia extemporânea cirúrgica do nódulo com eventual resseção pulmonar. A biópsia extemporânea revelou ausência de aspetos neoplásicos e um processo inflamatório granulomatoso. A histologia da peça operatória descreveu granulomas epitelióides não necrotizantes e células gigantes multinucleadas de Langhans em reação fusocelular, confirmando assim o diagnóstico de sarcoidose (Figura 3).

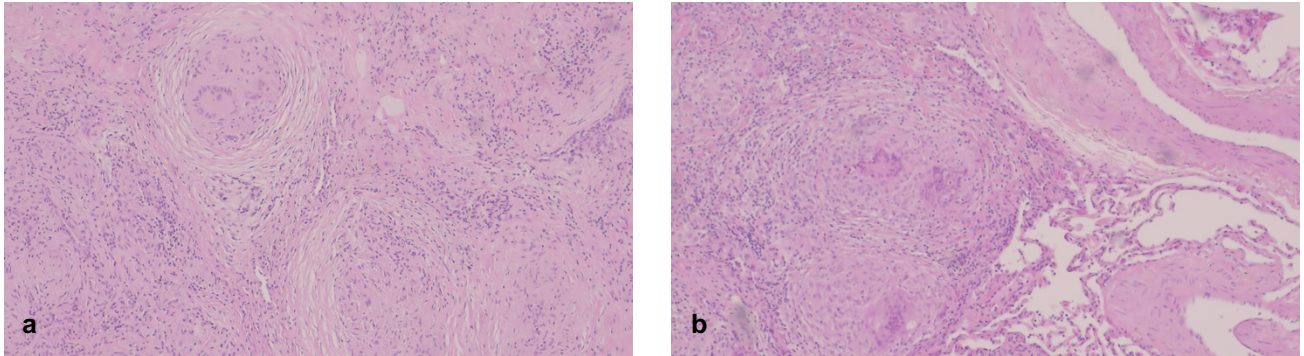


Figura 3: **a.** Granulomas não necrotizantes de células epitelióides com células gigantes multinucleadas de Langhans em estroma com reação fusocelular (HE, 100x); **b.** Processo inflamatório granulomatoso sem necrose caseosa e parênquima pulmonar envolvente com manutenção da morfologia habitual. (HE, 100x).

Com um pós-operatório sem intercorrências e posterior alta médica, a doente foi orientada para consulta externa de Interstício Pulmonar. A doente apresentou melhoria clínica espontânea, sem necessidade de medicação dirigida. No seguimento em consulta, tem mantido estabilidade clínica, funcional e imagiológica.

DISCUSSÃO

A grande heterogeneidade de apresentação clínica da sarcoidose confere às várias especialidades clínicas, em especial ao médico pneumologista, um verdadeiro desafio diagnóstico. O diagnóstico é habitualmente tardio e considerado como hipótese diagnóstica numa primeira visita em apenas 15% dos doentes com diagnóstico final de Sarcoidose²⁴. O atraso diagnóstico é ainda mais significativo em pacientes cujos primeiros sintomas da patologia são sintomas pulmonares, uma vez que estes são inespecíficos e habituais em patologias mais frequentes como asma brônquica ou DPOC, e em doentes com achados imagiológicos atípicos. Ambos estes fatores estão presentes no nosso caso clínico.

O diagnóstico de sarcoidose pulmonar continua a ser de exclusão e baseia-se em 3 critérios:

1. Clínica e apresentação imagiológica compatíveis;
2. Demonstração histopatológica de granulomas não caseosos;
3. Exclusão de outras doenças capazes de produzir achados imagiológicos ou histopatológicos semelhantes¹.

O diagnóstico diferencial é vasto e inclui doenças infecciosas, neoplásicas ou inflamatórias de origens diversas, o que obriga a uma prossecução diagnóstica muitas vezes morosa e invasiva²⁵.

A manifestação de sarcoidose sob a forma de nódulo pulmonar solitário é extremamente rara, encontrando-se reportado na literatura unicamente 10 casos clínicos. Perante esta manifestação atípica, numa primeira fase de abordagem clínica é imperativo excluir o diagnóstico de cancro do pulmão ou de outra forma de neoplasia, particularmente quando em associação com envolvimento linfático. Neste âmbito, foi com o intuito de caracterização destas alterações que se realizou uma PET/CT com o marcador ¹⁸F-FDG. Contudo, uma atividade metabólica aumentada demonstrada pela captação deste marcador não é específica de neoplasia uma vez que lesões inflamatórias e/ou infecciosas podem simular um processo maligno. Há, no entanto, algumas particularidades da PET/CT que poderão tendencialmente apontar para um carácter mais suspeito das lesões. No caso da nossa doente, embora a captação máxima da lesão pulmonar medida pelo SUV fosse relativamente baixa, era ainda assim significativa sobretudo quando aliada a alguma irregularidade do seu contorno e formato, bem como ao facto de se acompanhar de adenopatias francamente hipermetabólicas.

Numa outra perspectiva, apesar de não ser um exame de rotina, a PET com ¹⁸F-FDG- tem utilidade diagnóstica e terapêutica em determinados doentes com sarcoidose uma vez que permite identificar potenciais locais acessíveis de biópsia, deteção de doença oculta, distinguir alterações reversíveis de fibrose pulmonar tipicamente irreversível e observar a extensão da doença a nível pulmonar e de outros sistemas, tais como sistema nervoso central, cardíaco e

musculo-esquelético.

A caracterização histológica de uma lesão nodular pulmonar única é muitas vezes necessária, particularmente quando os exames de imagem levantam a suspeita de malignidade. Ainda que outras hipóteses de diagnóstico possam ser equacionadas, a garantia anatomopatológica do diagnóstico deve ser assegurada. Como já referido anteriormente, na sarcoidose é igualmente essencial¹. A forma de obtenção de amostras teciduais para avaliação anatomopatológica vai depender dos órgãos envolvidos e da sua acessibilidade. No caso de envolvimento pulmonar, tanto a videobroncoscopia como a BTT ou até a biópsia cirúrgica podem ser usadas como métodos diagnósticos²⁵. Histopatologicamente, os granulomas epitelióides não caseosos são o achado característico da sarcoidose, porém não são específicos da mesma. Assim, doenças infecciosas, malignas, ocupacionais ou ambientais, e até toxicidade por fármacos devem também ser excluídos através de uma história clínica completa e de métodos imagiológicos, laboratoriais ou invasivos apropriados.

No caso da nossa doente, a lesão única pulmonar poderia ser abordável por BTT mas a sua localização central e a incapacidade da doente em manter a apneia foi decisivo para a impossibilidade da sua realização. A opção de orientar de seguida para EBUS relacionou-se com o envolvimento adenopático mediastínico extenso que a doente apresentava. Esta técnica endoscópica apresenta uma elevada rentabilidade diagnóstica na avaliação ganglionar quer no acometimento neoplásico quer no envolvimento por sarcoidose²⁶. O resultado anatomopatológico orientou-nos logo para uma doença granulomatosa mas as características suspeitas da lesão nodular pulmonar bem como a descrição conhecida de lesões *sarcoid-like* associadas a neoplasias ou a possível concomitância de diagnósticos levou a que se procedesse a biópsia cirúrgica da lesão pulmonar, que veio a confirmar o diagnóstico de sarcoidose²⁷.

A sarcoidose apresenta uma história natural habitualmente benigna, com menos de 5% de pacientes a progredirem para fases fibróticas. Na maioria dos casos, não necessita de tratamento dirigido e o início deste está relacionado com parâmetros específicos de gravidade²⁸. Habitualmente, a primeira linha de tratamento da sarcoidose é feita com corticosteróides, 20 a 40mg de prednisolona oral por dia, com reavaliação após 1 a 3 meses. Contudo, devido ao perfil de segurança desta classe de fármacos, a decisão de iniciar terapêutica deve ter em conta os riscos/benefícios da mesma. Atendendo à sintomatologia pulmonar pouco marcada, com resolução espontânea, e às provas funcionais respiratórias dentro da normalidade, a mesma não foi iniciada na nossa doente.

O follow-up de pacientes sem necessidade de tratamento, tal como foi apresentado no caso clínico, deve ser feito a cada 3-6 meses com avaliação da função pulmonar, imagiologia e,

eventualmente, PET/CT.

A complicação mais temida na sarcoidose é a hipertensão pulmonar, sendo a fibrose pulmonar o mecanismo etiológico mais comum. Contudo, infiltrações granulomatosas de arteríolas pulmonares podem causar hipertensão pulmonar na ausência de fibrose pulmonar²⁹.

O prognóstico da sarcoidose é muito favorável sendo que 2/3 dos doentes têm remissão uma década após o diagnóstico, com poucas ou nenhuma consequência, o que se verificou também neste caso clínico, tendo a doente apresentado estabilidade clínica, funcional e imagiológica. Menos de 5% dos doentes morrem devido à sarcoidose¹.

CONCLUSÃO

Apesar de ser uma manifestação extremamente rara de sarcoidose, a apresentação inaugural sob a forma de nódulo pulmonar solitário deve ser documentada e reconhecida. Não obstante tratar-se de uma lesão benigna com bom prognóstico, é de elevada importância documentar esta apresentação clínica e imagiológica assim como o subsequente algoritmo diagnóstico e tratamento. Uma vez que o diagnóstico diferencial é vasto, obriga ao recurso a vários procedimentos, com morosidade na obtenção do diagnóstico final. Por conseguinte, este trabalho apresenta-se como um auxílio na orientação de possíveis futuros casos semelhantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Statement on sarcoidosis. Joint statement of the American Thoracic Society (ATS), the European Respiratory Society (ERS) and the World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG) adopted by the ATS Board of Directors and by the ERS Executive Committee, February 1999. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160(2):736–755
2. Lynch JI, Baughman R, Sharma O. Extrapulmonary sarcoidosis. *Semin Respir Infect* 1998;13:229–254
3. Hillerdal G, N u E, Osterman K, Schmekel B. Sarcoidosis: epidemiology and prognosis. A 15-year European study. *Am Rev Respir Dis* 1984;130(1):29–32
4. Morimoto T, Azuma A, Abe S, et al. Epidemiology of sarcoidosis in Japan. *Eur Respir J* 2008;31(2):372–379
5. Mañá J, Rubio-Rivas M, Villalba N, Marcoval J, Iriarte A, Molina-Molina M, et al. Multidisciplinary approach and long-term follow-up in a series of 640 consecutive patients with sarcoidosis: cohort study of a 40-year clinical experience at a tertiary referral center in Barcelona, Spain. *Medicine (Baltimore)* 2017;96:e7595.
6. Park JE, Kim YS, Kang MJ, Kim CJ, Han CH, Lee SM, et al. Prevalence, incidence, and mortality of sarcoidosis in Korea, 2003–2015: a nationwide population-based study. *Respir Med* 2018;144S:S28–34.
7. Sinha A, Lee KK, Rafferty GF, Yousaf N, Pavord ID, Galloway J, et al. Predictors of objective cough frequency in pulmonary sarcoidosis. *Eur Respir J* 2016;47:1461–71.
8. Muller NL, Kullnig P, Miller RR. The CT findings of pulmonary sarcoidosis: analysis of 25 patients. *AJR Am J Roentgenol* 1989;152:1179–1182
9. Koyama T, Ueda H, Togashi K, Umeoka S, Kataoka M, Nagai S. Radiologic manifestations of sarcoidosis in various organs.
10. Henke CE, Henke G, Elveback LR, Beard CM, Ballard DJ, Kurland LT. The epidemiology of sarcoidosis in Rochester, Minnesota: a population-based study of incidence and survival. *Am J Epidemiol* 1986;123(5):840–845
11. Reich JM. Mortality of intrathoracic sarcoidosis in referral vs population-based settings: influence of stage, ethnicity, and corticosteroid therapy. *Chest* 2002;121(1):32–39.
12. Lynch JP 3rd, Kazerooni EA, Gay SE. Pulmonary sarcoidosis. *Clin Chest Med* 1997;18(4):755–785.
13. Baughman, R., Teirstein, A., Judson, M., Rossman, M., Yeager, H., & Bresnitz, E. et al. (2001). Clinical Characteristics of Patients in a Case Control Study of Sarcoidosis. *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine*, 164(10), 1885-1889
14. Müller NL, Kullnig P, Miller RR. The CT findings of pulmonary sarcoidosis: analysis of 25 patients. *AJR Am J Roentgenol* 1989;152(6):1179–1182.
15. Hamper UM, Fishman EK, Khouri NF, Johns CJ, Wang KP, Siegelman SS. Typical and atypical CT manifestations of pulmonary sarcoidosis. *J Comput Assist Tomogr* 1986;10(6):928–936.

16. Hamper UM, Fishman EK, Khouri NF, Johns CJ, Wang KP, Siegelman SS. Typical and atypical CT manifestations of pulmonary sarcoidosis. *J Comput Assist Tomogr* 1986;10:928-936
17. Rockoff SD, Rohatgi PK. Unusual manifestations of thoracic sarcoidosis. *AJR Am J Roentgenol* 1985;144:513-528
18. Conant EF, Glickstein MF, Mahar P, Miller WT. Pulmonary sarcoidosis in the older patient: conventional radiographic features. *Radiology* 1988;169:315-319
19. Cozzi, D., Bargagli, E., Calabrò, A., Torricelli, E., Giannelli, F., Cavigli, E., & Miele, V. (2017). Atypical HRCT manifestations of pulmonary sarcoidosis. *La Radiologia Medica*, 123(3), 174-184. doi: 10.1007/s11547-017-0830-y
20. Brauner MW, Lenoir S, Grenier P, Cluzel P, Battesti JP, Valeyre D. Pulmonary sarcoidosis: CT assessment of lesion reversibility. *Radiology* 1992;182(2): 349–354.
21. Brauner MW, Grenier P, Mompont D, Lenoir S, de Crom H. Pulmonary sarcoidosis: evaluation with high-resolution CT. *Radiology* 1989;172(2): 467–471.
22. Lenique F, Brauner MW, Grenier P, Battesti JP, Loiseau A, Valeyre D. CT assessment of bronchi in sarcoidosis: endoscopic and pathologic correlations. *Radiology* 1995;194(2):419–423.
23. Gotway MB, Tchao NK, Leung JW, Hanks DK, Thomas AN. Sarcoidosis presenting as an enlarging solitary pulmonary nodule. *J Thorac Imaging* 2001; 16(2):117–122.
24. Judson MA, Thompson BW, Rabin DL, Steimel J, Knatterud GL, Lackland DT, et al. The diagnostic pathway to sarcoidosis. *Chest* 2003;123:406–12.
25. Crouser ED, Maier LA, Wilson KC, et al. Diagnosis and Detection of Sarcoidosis. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;201(8):e26-e51. doi:10.1164/rccm.202002-0251ST
26. Navasakulpong A, Auger M, Gonzalez AV. Yield of EBUS-TBNA for the diagnosis of sarcoidosis: impact of operator and cytopathologist experience. *BMJ Open Respir Res*. 2016;3(1):e000144. Published 2016 Aug 9. doi:10.1136/bmjresp-2016-000144
27. Tchernev, G., Tana, C., Schiavone, C., Cardoso, J. C., Ananiev, J., & Wollina, U. (2014). Sarcoidosis vs. Sarcoid-like reactions: The Two Sides of the same Coin?. *Wiener medizinische Wochenschrift* (1946), 164(13-14), 247–259. <https://doi.org/10.1007/s10354-014-0269-x>
28. Baughman, R. P., Valeyre, D., Korsten, P., Mathioudakis, A. G., Wuyts, W. A., Wells, A., Rottoli, P., Nunes, H., Lower, E. E., Judson, M. A., Israel-Biet, D., Grutters, J. C., Drent, M., Culver, D. A., Bonella, F., Antoniou, K., Martone, F., Quadder, B., Spitzer, G., Nagavci, B., ... Ouellette, D. R. (2021). ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis. *The European respiratory journal*, 2004079. Advance online publication. <https://doi.org/10.1183/13993003.04079-2020>
29. Handa T, Nagai S, Miki S, et al. Incidence of pulmonary hypertension and its clinical relevance in patients with sarcoidosis. *Chest* 2006;129:1246-52.

ANEXOS

Anexo I: Formulário de Consentimento Informado

Formulário de consentimento

Para o consentimento de um(a) doente para a publicação de imagens e/ou informação sobre este/esta.

Nome do(a) doente: _____

Relação com o(a) doente (se o(a) doente não
assinar este formulário): _____

Descrição da fotografia, imagem, texto ou
outro material (**Material**) sobre o(a)
doente. **Deverá ser anexa uma cópia do
Material a este formulário:** _____

Título provisório do artigo no qual o Material
será incluído: _____

CONSENTIMENTO

Eu _____ [NOME COMPLETO EM LETRA DE IMPRENSA] dou o meu
consentimento para que o Material sobre mim/o(a) doente apareça numa publicação.

Confirmo que eu: (assinale as caixas para confirmar)

- vi a fotografia, imagem, texto ou outro material sobre mim/o(a) doente**
 estou legalmente autorizado(a) a fornecer este consentimento.

Compreendo o seguinte:

- (1) O Material será publicado sem o meu nome/o nome do(a) doente associado, no entanto, compreendo que não pode ser garantido o total anonimato. É possível que qualquer outra pessoa, em qualquer outro local – por exemplo, alguém que me tenha prestado cuidados/tenha prestado cuidados ao(à) doente ou um familiar – possa reconhecer-me/o(a) doente.
- (2) O Material pode apresentar ou incluir detalhes sobre a minha condição clínica/condição clínica do(a) doente ou lesão e qualquer prognóstico, tratamento ou cirurgia que eu/o(a) doente tenha, tenha tido ou possa ter no futuro.
- (3) O artigo pode ser publicado numa revista com distribuição mundial.
- (4) O artigo, incluindo o Material, poderá ser alvo de um comunicado de imprensa e pode ser relacionado com atividades nas redes sociais e/ou outras atividades promocionais.
- (5) O texto do artigo será editado para verificação de estilo, gramática e consistência antes da publicação.
- (6) Eu/o(a) doente não receberei/á qualquer benefício financeiro com a publicação do artigo.
- (7) Posso revogar o meu consentimento em qualquer altura antes da publicação, mas depois de o artigo ter sido atribuído para publicação (“ser lançado”), não será possível revogar o meu consentimento.

- (8) Este formulário de consentimento será retido em segurança e de forma confidencial de acordo com a legislação, por um período não superior ao necessário.

Assinado: _____ Nome em letra de imprensa: _____

Endereço: _____ Endereço de e-mail: _____

_____ N.º de telefone: _____

Se assinar em nome do(a) doente, indique o motivo pelo qual o(a) doente não pode dar o consentimento (por exemplo, o(a) doente faleceu, tem menos de 18 anos ou tem défice cognitivo ou intelectual).

_____ Data: _____

- Se estiver a assinar para uma família ou outro grupo, assinale a caixa para confirmar que todos os membros relevantes da família ou grupo foram informados.*

Dados da pessoa que explicou e administrou o formulário ao(à) doente ou seu representante (por exemplo, o autor correspondente ou outra pessoa que tenha autoridade para obter o consentimento).

Assinado: _____ Nome em letra de imprensa: _____

Posição: _____ Endereço: _____

Instituição: _____ _____

_____ _____

Endereço de e-mail: _____ N.º de telefone: _____

Data: _____