
	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE BIÓPSIA GUIADA POR ECOGRAFIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

- AUTORIZA a equipe médica do Hospital Bruno Born e demais profissionais auxiliares vinculados ao atendimento a realizar, por meio de punção percutânea guiada por ECOGRAFIA, o procedimento de:

() BIÓPSIA DE PRÓSTATA VIA TRANS-RETAL () BIÓPSIA HEPÁTICA () BIÓPSIA RENAL
- Está ciente que a biópsia é um procedimento com anestesia ou sedação no local de acesso por meio do qual se coleta um fragmento de tecido orgânico ou uma pequena quantidade de células (“amostra”) para posterior determinação da sua natureza, em laboratório de análises externo ao HBB.
- Estou ciente que a anestesia local bloqueia de forma reversível a transmissão do estímulo nervoso no local onde foi aplicada, sem ocasionar alterações de consciência do paciente.
- Estou ciente que a anestesia local pode causar efeitos adversos, embora isso seja raro e variável no organismo de cada paciente. Dentre os efeitos adversos mais comuns, sem excluir outros previstos pela literatura médica, citam-se: *reações de sensibilidade extrema (hipersensibilidade), erupção cutânea (exantema), reações anafiláticas (desconforto, tontura, coceira, inchaço, dificuldade respiratória e/ou desmaio), broncoespasmo (estreitamento dos brônquios que dificultam ou impedem a respiração), injeção intravascular acidental, parestesia em lábios (sensação anormal nos lábios, tais como queimação, dormência e coceira), dificuldade de usar a fala (falar; pronunciar palavras) e convulsões.*
- Estou ciente que nas situações de Anestesia e ou Sedação poderá ser necessária a manipulação das vias aéreas com ou sem suporte ventilatório, sendo que extraordinariamente poderá também ocorrer comprometimento da arcada dentária, restauração dentária, alterações do nível de consciência intra ou pós-operatória, lapsos de memória, rouquidão e alteração de sensibilidade na língua.
- Estou ciente que em situações excepcionais, independentemente da técnica anestésica indicada, poderão ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.
- Estou ciente que a possibilidade de ocorrência de cada uma das complicações descritas acima é bastante variável conforme o organismo de cada paciente e tenho consciência de que poderão ocorrer outros riscos ou complicações inesperados não discutidos ou incluídos neste documento. Entendo, no entanto, que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para o melhor resultado possível.
- Está ciente que a biópsia analisa apenas uma minúscula parte do tecido coletado e às vezes esse pequeno fragmento orgânico não apresenta sinais de doença, embora ela exista (falso negativo), hipótese em que o médico que assiste o paciente deve avaliar o caso e determinar novo exame, se necessário.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE BIÓPSIA GUIADA POR ECOGRAFIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

9. Está ciente que na hipótese de necessidade de repetição do exame, por qualquer motivo, não há reembolso de despesas pagas pelo paciente ou convênio, pois foi gerado gasto, pelo hospital, com honorário médico, material, insumos, tempo de uso de equipamento e sala, despesas com pessoal, etc.

10. Está ciente que, como qualquer procedimento invasivo, existem riscos de complicações, especialmente hemorragia, dor, hematoma, infecção, bacteremia, ou ainda de outros agravos à saúde ou situações inesperadas, inclusive o risco de ÓBITO, o que pode acarretar a necessidade de realização de medidas técnicas diversas para o seu controle. Diante disso, caso necessário para afastar o risco de dano a saúde do paciente, AUTORIZO o médico e sua equipe a realizar as medidas diversas necessárias.

11. Está ciente que pode sentir dor durante ou após o procedimento, bem como que o local do acesso pode apresentar vermelhidão e/ou hematoma, podendo a cicatrização ou cessação dos efeitos indesejados variar conforme as condições orgânicas do corpo humano de cada indivíduo.

12. Está ciente que deve cumprir integralmente as orientações médicas que me foram prescritas, no pré e no pós-procedimento, bem como que deve buscar imediatamente atendimento médico, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma diverso da normalidade, tais como dor, febre ou sangramento.

13. Está ciente que, caso faça uso de drogas ou de medicamento anticoagulante, deve informar isso ao médico radiologista previamente à realização do exame, bem como que a retomada da realização de esforços físicos depende de liberação médica.

14. Está ciente que este procedimento é uma obrigação de meio, motivo pelo qual não há garantia de resultado de obtenção do resultado desejado/esperado.

15. Fui informado que posso retirar o meu consentimento a qualquer tempo antes da realização do ato médico, sem que isso implique em punição ou dificuldade de buscar o atendimento do hospital no futuro.

16. Autorizo o uso dos dados do meu atendimento para pesquisa clínica ou acadêmica, desde que seja assegurado o sigilo quanto aos meus dados de identificação (nome completo, CPF, RG e filiação).

17. Este procedimento me foi explicado de forma clara pelo médico e sua equipe, recebendo orientação quanto aos benefícios, riscos e alternativas, inclusive a sua não realização, oportunidade na qual pude fazer perguntas e obter respostas. Satisfeito com as informações recebidas e de acordo com as condições, autorizo a execução do procedimento em questão e assumo os riscos inerentes a ele.

Lajeado, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Paciente

Assinatura do Responsável pelo(a) Paciente
Quando o paciente for menor de idade, ou tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a): _____, CRM _____, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura