

 HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PUNÇÃO</b>	FO – JUR
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
<b>NOME DO PACIENTE:</b>
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>
<b>CPF OU RG:</b>
<b>NOME DA MÃE DO PACIENTE:</b>
<b>NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:</b>
<b>CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:</b>

• **IDENTIFICAÇÃO DO TIPO DE PUNÇÃO A SER REALIZADA:**

( ) ASPIRATIVA POR AGULHA FINA (PAAF): \_\_\_\_\_

( ) CORE BIOPSY: \_\_\_\_\_

( ) PUNÇÃO LOMBAR: \_\_\_\_\_

• **TÉCNICA AUXILIAR ASSOCIADA À REALIZAÇÃO DA PUNÇÃO:**

( ) ECOGRAFIA      ( ) MAMOGRAFIA      ( ) CISTERNOCINTILOGRAFIA

( ) OUTRA: \_\_\_\_\_

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

1. Fui informado que será introduzida uma agulha no local determinado para coleta de uma pequena amostra de material orgânico. A dor é semelhante a uma coleta de sangue. Pode ser necessária mais de uma punção para coleta.
2. Fui informado que o material coletado será encaminhado para análise (citopatológica e/ou anátomo patológica), a qual será realizada por um laboratório credenciado.
3. Fui informado que a análise é feita apenas com uma pequena quantidade de material coletado e, às vezes, esse material não apresenta sinais de doença, embora ela exista, hipótese em que o médico que assiste o paciente deve avaliar o caso e determinar novo exame ou coleta de material, se julgar necessário, para concluir o seu diagnóstico.
4. Fui informado que será utilizada anestesia para o ato de punção, bem como que a anestesia bloqueia de forma transitória a transmissão do estímulo nervoso no local em que ela foi aplicada, sem alterar o nível de consciência do paciente.

 HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PUNÇÃO</b>	<b>FO – JUR</b>
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

- 5.** 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.*
- 6.** Fui informado que, na hipótese de necessidade de repetição do procedimento, 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, despesas com pessoal, etc.
- 7.** Fui informado que, como todo procedimento invasivo, existem riscos de complicações, que, no caso, pode ser uma hemorragia, uma dor prolongada, uma infecção, ou ainda outros agravos à saúde ou situações inesperadas, o que pode acarretar a necessidade de realização de medidas diversas e necessárias para o seu controle, estando o médico supracitado e sua equipe autorizado a realizar tais medidas, conforme seu julgamento técnico e recursos disponíveis. Em casos extremos e raríssimos poderá existir o risco de óbito a partir de uma evolução imprevista do quadro de saúde do paciente.
- 8.** Fui informado que posso sentir dor, inclusive, de cabeça, ou tontura, durante ou após o procedimento, bem como que o local da realização do ato médico pode apresentar vermelhidão e/ou hematoma, podendo a cicatrização ou cessação dos efeitos indesejados variar conforme as condições orgânicas do corpo de cada indivíduo.
- 9.** Fui informado que são descritas nos casos de punção no pescoço, complicações muito raras com dano neurológico, tais como: *lesão do centro respiratório, cardíaco e hemorragia no espaço subaracnóide, com necessidade de transfusão. Entretanto, a incidência dessas complicações é muito pequena, ocorrendo em raríssimas ocasiões. Mais de 90% dos pacientes não apresentam qualquer problema após a punção.* Estes pacientes podem e devem levar a vida normal após o repouso de algumas horas. Porém, até 10% das pessoas poderão sentir dor de cabeça ao ficar em pé, após o repouso inicial de algumas horas.
- 10.** Caso necessário para afastar perigo de dano à saúde, os médicos do HBB estão autorizados a adotar todos os procedimentos necessários, com os recursos disponíveis no local, para afastar a ameaça.
- 11.** Fui informado que devo cumprir integralmente as orientações médicas que me foram prescritas, no pré e no pós-procedimento, bem como que devo buscar imediatamente atendimento médico após sair do hospital, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma diverso da normalidade.
- 12.** Fui informado que, caso eu faça uso de drogas ou de medicamento anticoagulante, devo informar isso ao médico antes da realização da punção, ou se tenho alergia a algum medicamento ou a alimento, também devo informar isso ao médico antes da punção.
- 13.** Fui informado da importância de me hidratar (beber água) após o procedimento e de repousar por algumas horas até me restabelecer por completo para as atividades cotidianas.
- 14.** Fui esclarecido sobre as razões do procedimento e que não há garantia de resultado, além da possibilidade, embora pequena, de contrair infecção e bacteremia pós-punção (presença de bactérias na corrente sanguínea), mesmo ciente de que o hospital e sua equipe adotam todas as medidas preventivas possíveis para evitar isso.

 HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PUNÇÃO</b>	<b>FO – JUR</b>
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

**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 foi me explicado de forma clara pela equipe médica e assistencial, quando recebi orientação quanto aos benefícios, riscos e alternativas, inclusive, a sua não realização, oportunidade na qual pude fazer perguntas e obter respostas.

**18.** Diante disso, satisfeito com as informações recebidas e concordando com as condições aqui registradas, AUTORIZO a execução do ato médico em questão e assumo os riscos inerentes deste.

Lajeado \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável pelo Paciente**  
 Quando o paciente for menor de idade, ou que 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**