

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA PUNÇÃO/BIOPSIA GUIADA POR ECOFRAFIA

Nome do Paciente:	
Data de Nascimento:	Nº da Internação:

Declaro que fui informado (a) pela equipe médica de ecografia (SP Diagnóstico) do Hospital Saporanga e pelo meu médico assistente que indicou o exame _____, que este é um procedimento que visa à obtenção de um pequeno fragmento do órgão para exame anatomopatológico e/ou citológico, na tentativa de obter diagnóstico da causa específica da doença e para melhor orientar a conduta e/ou tratamento específico. O médico examinador irá recolher pequenos fragmentos de tecido durante o exame e/ou coletas de células por punção aspirativa, bem como poderão ser efetuados procedimentos distintos, necessários à coleta do material para o exame e que foram esclarecidos pela equipe médica. Fui informado (a), ainda, que existe um risco considerado de complicações com este exame. A equipe acima citada ainda cientificou-me que algum desconforto poderá ser associado ao procedimento (exame), como dor no local da punção, hematoma (coágulo) na pele ou mesmo no órgão que foi puncionado, assim como sangramento, que pode até necessitar de procedimento cirúrgico para ser controlado, gerando custos ao paciente e/ou convênio. Fui também informado (a) que, em decorrência da minha ansiedade, poderá ocorrer uma reação (vaso-vagal) determinando a queda transitória da pressão arterial, mas controlada por cuidado terapêutico específico. Assim, após ter sido informado do procedimento, suas complicações e riscos, autorizo o médico ecografista a realizar o exame que foi solicitado pelo médico assistente, e demais procedimentos que se fizeram necessários no decorrer do exame objeto do presente termo.

Declaro ter sido suficientemente esclarecido (a) pelo médico responsável do meu exame, diagnóstico, tratamento e riscos, de maneira a me decidir, livremente, por me submeter ao procedimento indicado, e que tive oportunidade também de esclarecer todas as dúvidas relacionadas ao procedimento.

Saporanga, _____ de _____ de 20____.

Nome completo do Paciente ou Responsável***:	
Assinatura:	CPF:

***Quando o paciente for menor de 18 anos, possuir responsável legal ou não estiver em condições de assinar este documento.

Campo abaixo para uso do **Médico responsável** pela aplicação do termo de consentimento informado:

Confirmo que expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com meu entendimento, paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.
Assinatura e carimbo do médico: