

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE BIOPSIA DE TIREOIDE

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

Declaro para todos os fins que dou plena autorização ao (à) médico (a), o Dr. (a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/RS sob o n.º \_\_\_\_\_ proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do meu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **BIOPSIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DA TIREOIDE** e todos que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais da saúde. Declaro, outrossim, que o (a) referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do código de ética médica e no artigo 9, VI Lei 8.078/9 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de **BIOPSIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DA TIREOIDE** antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINICAO:** A punção biópsia aspirativa por agulha fina da tireoide é o procedimento mais sensível e específico para fazer o diagnóstico diferencial entre lesões benignas e malignas da tireoide, sem abordagem cirúrgica. Estudos epidemiológicos têm relevado que a sensibilidade da biópsia aspirativa da tireoide por agulha fina varia de 65% a 98% (média 83%), e a especificidade varia de 72% a 100% (média, 92%) (1,2). O valor preditivo das citologias positivas e suspeitas é de aproximadamente 50%. A acurácia geral do diagnóstico citológico está em torno de 95%.

**PROCEDIMENTO:** O médico me explicou que eu tenho um nódulo na minha tireoide, que é uma glândula que fica na região anterior do pescoço.

De acordo com os procedimentos médicos da rotina, para saber qual a natureza desse nódulo, do que ele é formado, é necessário fazer uma punção aspirativa por agulha fina. Isto é, uma agulha será introduzida na tireoide visando retirar do nódulo uma pequena amostra, que será examinada ao microscópio.

Poderão ser necessárias várias punções. Em média são realizadas de 2 a 4 punções em cada nódulo onde houver necessidade de amostragem.

**ANESTESIA:** Não é feita anestesia de rotina, uma vez que os nódulos são superficiais e a anestesia local pode alterar as condições do local da punção. Além disso, a agulha usada para injetar o anestésico tem o mesmo calibre que a agulha da punção e a injeção do anestésico provoca ardência, o que pode ser mais desconfortável que a punção simples. Como qualquer medicamento, o anestésico tem seus próprios riscos, o que é desnecessário num procedimento simples.

## RISCOS DO PROCEDIMENTO:

- Raramente grandes vasos podem ser atingidos pela agulha e um sangramento pode ocorrer no local da punção. Muito raramente pode ser necessário uma drenagem cirúrgica. É necessário avisar o radiologista sobre o uso de drogas ou remédios anticoagulantes, inclusive a aspirina ou AAS.
- Pode ocorrer uma necrose do nódulo punccionado e, por consequência, ser necessária sua retirada cirúrgica.
- Tecido correto pode não ser obtido. Neste caso uma nova biópsia pode ser necessária.
- O material da amostra é submetido a processos químicos onde pode haver problemas técnicos que interfiram sobre a acurácia do exame.
- Trajetos de nervo podem ser atingidos pela agulha o que pode provocar desconforto e dor.
- Já houve na literatura o relato de um caso de sangramento intratiroideano que necessitou de assistência ventilatória e cirúrgica imediata após a punção diagnóstica (extremamente raro).

**ALTERNATIVAS:** Existem opções à realização da punção, como o seguimento ultrassonográfico, a realização de exames de medicina nuclear e a retirada cirúrgica do nódulo. As duas primeiras alternativas tem especialidades menor do que a punção aspirativa e podem atrasar o diagnóstico de uma condição neoplásica maligna. O procedimento de exérese cirúrgica apresenta todos os riscos de uma cirurgia convencional.

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE BIOPSIA DE TIREOIDE

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos a qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **BIOPSIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DA TIREOIDE** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O (a) médico (a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do (a) meu médico (a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo (a) médico (a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Sapiranga, \_\_\_\_\_ 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:

Confirmando 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: