

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Por este instrumento, eu declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo (a) médico (a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

BIO - BIOPSIA POR PUNÇÃO ASPIRATIVA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

É definido como exame de aspiração de células de lesões de órgãos superficiais ou profundos usando agulha fina, com o propósito de um diagnóstico para prever a natureza da lesão. A biópsia por punção aspirativa com agulha fina (PAAF) é o método mais preciso e com melhor custo-benefício para elucidação diagnóstica da lesão puncionada. A punção aspirativa com agulha fina tem baixo risco de complicações e é o procedimento de escolha para obtenção de material citopatológico. A punção aspirativa com agulha fina é definida como a remoção de material obtido por uma agulha transdérmica, inserida numa região específica, num órgão ou tecido, para análise citopatológica. Por se tratar de procedimento minimamente invasivo, pouco dispendioso, de fácil execução, com complicações raras e eficácia comprovada, tornou-se um exame diagnóstico de base para auxiliar no diagnóstico da lesão puncionada. A análise do material citológico coletado por meio da punção aspirativa com agulha fina permite obter mais detalhes e uma maior especificidade sobre o material obtido. A utilização da ultrassonografia aliada à técnica de punção aspirativa com agulha fina representa um grande avanço tecnológico, pois possibilita a projeção, em tempo real, do nódulo e da agulha. A ultrassonografia reduz o número de amostras insuficientes na punção aspirativa, permitindo selecionar melhor as áreas sólidas a serem coletadas. O exame ultrassonográfico, também, avalia as características da lesão, permitindo uma melhor correlação com os achados citológicos. Através da ultrassonografia, programa-se o trajeto da agulha, evitando-se estruturas vasculares vizinhas, diminuindo as complicações por hematomas.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tais medidas de suporte visam atingir menor desconforto durante procedimento, norteador diagnóstico de doenças, com objetivo de proporcionar o aumento da expectativa e qualidade de vida para o paciente.

Benefícios esperados adicionais:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao (a) médico (a) responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente.

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter à cirurgia na grande maioria das vezes é pessoal e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

Os possíveis riscos associados à cirurgia são:

- As complicações habitualmente são mínimas ou raras em punção aspirativa de órgãos superficiais devido o uso de agulhas finas. Como regra geral, a incidência das complicações se eleva proporcionalmente com o aumento do calibre da agulha. O desconforto pelo uso de agulhas finas na punção aspirativa está presente em maior e menor grau, porém, na grande maioria das vezes, suportável.
- O hematoma é uma das complicações mais frequentemente observadas.
- Em punção aspirativa de estruturas superficiais, a penetração inadvertida de agulha fina em estruturas vasculares mais calibrosas ou mesmo na artéria carótida habitualmente não promove grandes hemorragias. Alterações locais, formação de tecido de granulação, necrose, fibrose, que raramente ocorrem, mesmo nos pacientes com a imunidade comprometida.
- A tontura e ocasionalmente os desmaios (reação vasovagal) podem ocorrer durante ou após o procedimento, bem como raramente a convulsão.
- Um transtorno funcional neural, por exemplo, afetando o nervo laríngeo recorrente, em punção aspirativa da tireóide, pode ocorrer raramente, e geralmente transitório.

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos de escolha para a atual condição clínica, porém pode não ser a cura para tal condição.

Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Riscos potenciais adicionais:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO****REABILITAÇÃO**

Fui informado de que, após a cirurgia/procedimento, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação.

Estou ciente que processo de reabilitação pós-operatório/procedimento é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais e do tratamento recebido, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações médicas para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica/procedimento.

Orientações adicionais de reabilitação:

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento.

Esta autorização é dada ao/à médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s).

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

--

[] SIM [] NÃO - Autorizo a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

--

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Paciente ou _____
Responsável

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento

Nome: _____

RG: _____ Parentesco: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura e
Nome do Médico / CRM