

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE BIÓPSIA ÓSSEA

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<p>Cole aqui a etiqueta</p> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ____/____/____</p> <p>(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p>	<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p>

Pelo presente instrumento, eu declaro que fui suficientemente esclarecido pelo o Dr. _____ CRM N°: _____, sobre a realização de BIÓPSIA ÓSSEA para fim de diagnóstico de doença óssea associada à insuficiência renal crônica a que vou me submeter, bem como, sobre a necessidade do uso correto da tetraciclina anteriormente ao procedimento. Também estou ciente das possíveis complicações como infecção, dor local, hematoma e raramente neuropatia.

Declaro também, que fui informado sobre os cuidados quanto à suspensão de drogas que afetem a coagulação sanguínea, como warfarina, AAS, heparina e clopidogrel, para diminuir os riscos de sangramento pelo procedimento. Estou ciente que o tratamento não se limita a realização da biópsia óssea, sendo que deverei retornar ao serviço médico nos dias determinados, bem como informar imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que por ventura possam surgir.

Pelo presente, também exporro minha concordância e meu consentimento para a realização do procedimento acima descrito.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que a **BIÓPSIA ÓSSEA** é a melhor opção neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **BIÓPSIA ÓSSEA** proposta.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO	
<p>Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.</p> <p>Local e data: _____</p>	
_____	_____
Médico	Paciente ou Representante ou Responsável