

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO  
DE DE BIÓPSIA RENAL PERCUTÂNEA ECO-GUIADA**

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

Declaro que fui informado(a) pela equipe médica sobre o procedimento e esclarecidas as possíveis dúvidas.

Assim fui orientado(a), a suspender as medicações que afetam a coagulação sanguínea devido ao risco de sangramento. Devo permanecer em repouso absoluto neste serviço após o procedimento por 6 horas e por mais 24 horas em casa.

Também estou ciente das complicações que apesar de raras podem ocorrer, como dor local, náuseas, vômitos, hipotensão, infecção, sangramento para via urinária ou abdômen que em casos graves pode evoluir com choque hemorrágico com necessidade de transfusão sanguínea ou mesmo cirurgia e óbito.

Estando consciente tanto da necessidade da biópsia, quanto dos riscos envolvidos, concordo com sua realização.

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 RENAL PERCUTÂNEA ECO-GUIADA** é a melhor opção neste momento para meu quadro clínico.

Todas as peças operatórias ou materiais extirpados serão enviados para completar o estudo anatomo-patológico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **BIÓPSIA RENAL PERCUTÂNEA ECO-GUIADA** 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