

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO INTERVENCIONISTA E BIÓPSIA

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">Cole aqui a etiqueta</div> Nome: _____ RH: _____ DN: ___/___/___ (Preencher somente na ausência da etiqueta)	Nome: _____ _____ Grau de Parentesco: _____ RG: _____ Telefone: (____) _____

Autorizo a realização do procedimento intervencionista radiológico denominado \_\_\_\_\_ que foi solicitado por meu médico e declaro que:

1. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas de diagnóstico e/ou tratamento;
2. Estou ciente de que em procedimentos intervencionistas, como citado, poderão ocorrer transtornos ou complicações como os seguintes: dor no local da punção/biópsia, dor reflexa em outros locais, dor e/ou vermelhidão no local da injeção de sedativos, náuseas após uso de sedativos, sonolência após o uso de sedativos, pequenos sangramentos ou hematomas no local da incisão, muito raramente podem ocorrer casos de lesão traumática de órgãos e estruturas próximos ao local da punção/biópsia e muito raramente podem ocorrer casos de hemorragia, podendo necessitar de transfusão sanguínea, internação hospitalar e intervenção cirúrgica.
3. Estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado poderá ser necessário o emprego de sedação e/ou anestesia, cujos métodos, as técnicas e os medicamentos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista/intervencionista;
4. Estou ciente de que o procedimento intervencionista envolve a inserção de uma agulha fina e/ou cateter através da pele, que é guiado (a) por fluoroscopia, tomografia computadorizada ou ultrassonografia até uma determinada região do corpo. A finalidade do procedimento poderá ser para diagnóstico, tratamento ou ainda coleta de material para fins diagnósticos, etc);
5. Estou ciente que esta Instituição segue rigorosamente as normativas da RE/Anvisa 2606/2006 e RDC/Anvisa nº15/2012 quanto ao reprocessamento dos materiais, estou de acordo com a legislação vigente e a ser submetido ao procedimento conforme a prática do Hospital.

Por fim, declaro ter lido as informações, e que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que o **PROCEDIMENTO INTERVENCIONISTA E BIÓPSIA** é a melhor indicação 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 o **PROCEDIMENTO INTERVENCIONISTA E BIÓPSIA** proposto.

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**

Revogo o consentimento prestado na data de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante ou Responsável