



Termo de Consentimento Esclarecido para Biópsia de Próstata Guiada por Ultrassonografia

O presente termo de consentimento esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente _____.

Quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento de BIÓPSIA DE PROSTATA GUIADA POR ULTRASSOM ao(s) qual(is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviço do Hospital Geral Dr. Beda.

A autorização deverá ser preenchida pelo paciente e/ou responsável

Eu, _____ inscrito no CPF sob o nº _____ () paciente () responsável: grau de parentesco: _____, autorizo a realização do exame de Biópsia de Próstata que foi solicitado pelo médico.

Declaro que:

1- Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas ao(s) procedimento(s), após ter discutido e analisado com a equipe técnica os principais riscos e complicações do(s) exame(s) específico(s) a minha condição clínica, bem como de ter lido e compreendido todas as informações deste documento antes de sua assinatura.

2- Também fui informado(a) que o procedimento de Biópsia de Próstata guiado por Ultrassom, independente de todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica a ser utilizada, sempre envolvem riscos que pode levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, inclusive após a sua realização. Razão pela qual autorizo a equipe médica a realizar, nesses casos, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou outra patologia.

3- É um procedimento realizado porque o meu PSA estava elevado ou porque havia o nódulo duro na minha próstata, detectado durante o toque retal. Feito sob sedação leve, realizado através do reto, onde é introduzida uma sonda de Ultrassonografia (para orientar o Médico através de imagem), acoplado a um guia para introdução de uma agulha específica para a retirada fragmentos da Próstata. O material colhido é encaminhado para o laboratório para ser analisado.



Termo de Consentimento Esclarecido para Biópsia de Próstata Guiada por Ultrassonografia

4- As complicações mais comuns são sangramento no reto, na urina ou na ejaculação, dor no local da biópsia ou infecção com febre.

5- Consinto, a equipe realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que seja alcançado o melhor resultado possível através dos recursos conhecidos na atualidade pela medicina e disponíveis no local onde se realizará o exame.

Campos dos Goytacazes/RJ, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável

Assinatura do médico/CRM

Código de Ética Médica – Art. 22º. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.



Termo de Consentimento Esclarecido para Biópsia de Próstata Guiada por Ultrassonografia

ORIENTAÇÕES PARA BIÓPSIA DE PRÓSTATA

(Realização do procedimento no turno da tarde)

Drº. _____ Data ____/____/____ Hora: ____:____

VÉSPERA DO EXAME:

- ALIMENTAÇÃO LEVE E SEM GORDURA;

DIA DO EXAME:

- NECESSÁRIO JEJUM DE 6 HORAS ANTES DO PROCEDIMENTO (Jejum total, ou seja, jejum de líquidos e sólidos).

- DILUIR UM ENVELOPE DE **MONURIL** EM MEIO COPO COM ÁGUA, TOMAR 3 HORAS ANTES DO PROCEDIMENTO E 24 HORAS APÓS O PROCEDIMENTO;

- SE FIZER USO DE MEDICAÇÕES COMO ANTI-INFLAMATÓRIO, ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS (Aspirina, AAS, Melhoral, Somalgin ou outras medicações que contenham ácido acetilsalicílico) e ANTICOAGULANTES (Maremar, Marevan, Plavix e Ticlopidina, entre outros), NECESSÁRIO SUSPENDER POR **7 DIAS ANTES DO PROCEDIMENTO E 7 DIAS APÓS O PROCEDIMENTO**, COM ORIENTAÇÃO MÉDICA. OUTROS MEDICAMENTOS DE USO HABITUAL PODEM SER UTILIZADOS NORMALMENTE;

- O PACIENTE DEVERÁ VIR ACOMPANHADO;

- MANTER A BEXIGA CHEIA NA HORA DO EXAME;

- **TRAZER TODOS OS EXAMES ANTERIORES DE UTRASSONOGRAFIA, RESSONÂNCIA DA PRÓSTATA E PSA.**