



TERMO DE CONSENTIMENTO BIÓPSIA TRANSTORÁCICA guiada por tomografia

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável, Sr.(a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr. David Lopes Lima Cavalcanti Coelho, inscrito(a) no 16194 PE ou 24431 BA para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o exame diagnóstico designado **"BIÓPSIA TRANSTORACICA guiado por Tomografia"**, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestесias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o exame diagnóstico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no exame sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: Exame realizado utilizando imagem tomográfica para localizar lesões e guiar agulha de biópsia que será posicionado dentro da lesão, permitindo coletar fragmentos (pedaços) para análise. O exame sob acompanhamento anestésico, podendo ser realizada sedação ou anestesia.

COMPLICAÇÕES:

1. Arritmias
2. Insuficiência respiratória
3. Tonturas e Síncope (desmaios)
4. Broncoespasmo (chiado no peito levando a insuficiência respiratória)
5. Hipotensão (pressão baixa)

6. Reação alérgica
7. Náuseas e vômitos
8. Convulsões
9. Confusão mental
10. Infarto do miocárdio (coração)
11. Perfuração do pulmão, brônquio (pneumotórax)
12. Hemorragias pulmonares, tosse com sangramento.
13. Embolia gasosa
14. Pneumonia após procedimento/ Infecção generalizada
15. Necessidade de novo exame/ amostra não diagnóstica
16. Parada cardíaca e/ou respiratória

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Juazeiro (Bahia), {data}

Assinatura do(a) paciente

RG_-----

Nome _-----

Assinatura do(a) responsável pelo paciente

RG_-----

Nome _-----

Assinatura do(a) médico (a)

RG_-----

Nome _-----