

|                                                                                   |                                                                                          |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|  | <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E<br/>ESCLARECIDO (TCLE)</b><br><br><b>BIÓPSIA GERAL</b> | <b>Padrão nº:</b><br>FOR.GOV.C.001<br><br>Página 1 de 3 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

Este Termo de Consentimento Informado tem por objetivo informar ao paciente e/ou ao seu responsável/representante legal, quanto aos principais aspectos (definição, objetivos, benefícios, riscos, efeitos colaterais e complicações) do procedimento de **BIÓPSIA GERAL** a qual o paciente será submetido pela equipe médica do Hospital Unimed em Petrolina. Ressalta ainda que, caso o paciente seja menor de 18 anos, portador de doença física ou mental que comprometam o entendimento, pessoa inconsciente ou severamente debilitada, a responsabilidade de autorização será do familiar responsável(pai,mãe) ou responsável legal.

Fui informado pela equipe médica de que as avaliações e os exames realizados revelaram alteração(ões), diagnósticos e/ou hipótese(s) diagnóstica(s): \_\_\_\_\_.

**AMOSTRA DE TECIDO A SER COLETADO:** \_\_\_\_\_.

**Definição, como é feito e objetivo:** biópsia consiste na retirada de pequeno fragmento de tecido de qualquer parte do corpo humano para análise em laboratório de Anatomia Patológica, visando a elucidação diagnóstica. Biópsias de órgãos ou elementos intra-abdominais podem ser realizados por videocirurgia. Necessidades técnicas podem transformar o método videolaparoscópico em cirurgia pelo método aberto (por corte). A decisão é do cirurgião que não é comprometido com o método e sim com solução mais segura da patologia.

**Indicações do procedimento:** As principais indicações são:

- Quando há suspeita de lesão tumoral;
- Quando outros exames não obtiveram resultados precisos;
- Para estadiamento de doença neoplásica;
- Para identificar o agente responsável por infecções fúngicas, bacterianas ou virais persistentes;
- Para avaliar lesões cutâneas atípicas.

**Benefícios:** a biópsia permite esclarecer a origem do problema, de forma que sejam feitas as intervenções necessárias para a boa recuperação do paciente.

**Riscos e Complicações:** a ocorrência de complicações é algo raro, mas podem ocorrer e levar a hospitalização prolongada, necessidade de repetição do procedimento ou alguma intervenção específica em função do tipo de biópsia realizada. As principais complicações podem variar em função de qual tipo de biópsia foi realizada, destaca-se como principais complicações:

- Dor no local da punção;
- Sangramento no sítio biopsiado;
- Infecção do sítio,
- \_\_\_\_\_

|                                                                                   |                                                                                                                               |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E<br/>ESCLARECIDO (TCLE)</b></p> <p align="center"><b>BIÓPSIA GERAL</b></p> | <p align="center"><b>Padrão nº:</b><br/>FOR.GOV.C.001</p> |
|                                                                                   |                                                                                                                               | <p align="center">Página 2 de 3</p>                       |

- \_\_\_\_\_.

**O que pode acontecer se não realizar o procedimento:** Pode implicar em retardo do diagnóstico e consequentemente do tratamento adequado.

**DECLARO QUE:**

1. Após a realização da devida avaliação médica fui informado da necessidade e indicação do procedimento denominado biópsia geral;
2. Recebi todas as informações necessárias relacionadas ao procedimento, tais como: definição, como será feito, benefícios, possíveis intercorrências e eventuais complicações. Tudo foi devidamente esclarecido. Todas as minhas perguntas foram detalhadamente respondidas e as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente;
3. Fui esclarecido que, em decorrência de situações ainda não diagnosticadas ou de complicações emergenciais, inesperadas e não discutidas ou previstas, poderá ser necessário procedimento cirúrgico;
4. Tenho consciência que, apesar da evolução da medicina e da perícia do médico, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo de procedimento pode ter complicações inesperadas, risco de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte;
5. Prestei ao médico todas as informações relativas à saúde e hábitos do paciente, presentes e passadas, clínicas e cirúrgicas, inclusive as medicações em uso ou já utilizadas, e fui avisado que qualquer omissão ou informação equivocada poderá trazer graves prejuízos ou comprometer o resultado do tratamento;
6. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
7. Autorizo que os fragmentos retirados durante o procedimento de biópsia sejam encaminhados para exames complementares, entendo que isto se faz necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
8. Estou plenamente informado e satisfeito com as informações recebidas e sei que poderei esclarecer quaisquer novas dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento;
9. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento ou parte dele, que especificarei, desistindo do tratamento, desde que não haja risco de vida.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização de **BIÓPSIA GERAL**. Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

|                                                                                   |                                                                                      |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
|  | <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b><br><br><b>BIÓPSIA GERAL</b> | <b>Padrão nº:</b><br>FOR.GOV.C.001 |
|                                                                                   |                                                                                      | Página 3 de 3                      |

**LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTE TERMO,**

**AUTORIZO EXPRESSAMENTE O PROCEDIMENTO PROPOSTO.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p align="center"><b>PACIENTE</b></p> <p>1. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.</p> <p>2. Em <b>havendo necessidade de hemotransfusão sanguínea</b>, qual a sua opção:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>ACEITO</b> receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, caso a equipe médica considere necessário para meu tratamento, estando ciente dos benefícios, riscos e alternativas explicadas.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>RECUSO</b> receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, mesmo que isso possa comprometer minha saúde ou colocar minha vida em risco, por motivos pessoais, religiosos ou outros. Declaro estar ciente das possíveis consequências da recusa e assumo total responsabilidade por essa decisão.</p> <p>Paciente: _____</p> <p>Responsável (Grau de Parentesco): _____</p> <p>RG: _____</p> <p>CPF: _____</p> <p>Assinatura: _____</p> <p>Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____</p> |
| <p align="center"><b>MÉDICO</b></p> <p>Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p> <p>Nome do Médico: _____</p> <p>Assinatura: _____</p> <p>Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |