

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) BIÓPSIA HEPÁTICA PERCUTÂNEA	Padrão nº: FOR.GOV.C.002 Página 1 de 5
---	--	---

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 HEPÁTICA PERCUTÂNEA** 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): _____.

Definição, como é feito e objetivo: é um procedimento realizado através da introdução de uma agulha no interior do parênquima hepático, seja em lesão-alvo específica (nódulo ou massa sólida) ou aleatória, guiada por imagem (USG e/ou Tomografia) com o objetivo de retirar alguns fragmentos do parênquima hepático e encaminhar para análise anatomopatológica.

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.

Em geral, a biópsia hepática é indicada para lesões hepáticas suspeitas, mas não elucidadas por métodos menos invasivos ou em casos em que é necessário o estadiamento histológico.

Benefícios: fornecer informações histológicas sobre a estrutura do fígado e evidências de lesões a este (tipo e grau, bem como a presença ou não de fibrose); esta informação pode ser essencial não somente para o diagnóstico, mas para o estadiamento e no estabelecimento do prognóstico e da conduta

Riscos e Complicações: complicações graves são muito raras, mas podem levar a hospitalização prolongada, necessidade de repetição do procedimento, intervenção cirúrgica ou muito raramente levar a óbito. O risco de morte por biópsia de fígado é extremamente baixo, entre 0.1 e 0.01%.

São riscos potenciais:

- Sangramento interno ou externo;
- Dor no local da biópsia;
- Hematomas;

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) BIÓPSIA HEPÁTICA PERCUTÂNEA	Padrão nº: FOR.GOV.C.002 Página 2 de 5
---	--	---

- Infecção;
- Lesões em outros órgãos, como pulmão, vesícula biliar ou rim.

A maioria das complicações ocorre nas primeiras 24 h pós o procedimento. Deve entrar em contato com o seu médico se tiver:

- Febre;
- Dor persistente;
- Vermelhidão ou corrimento no local da biópsia;
- Dor no peito;
- Dificuldade respiratória;
- Tonturas;
- Náuseas;
- Dor abdominal forte.

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

Cuidados que o paciente deve tomar após a realização do procedimento:

- Repouso e atividade física
 - Repousar por pelo menos 24 horas após o procedimento
 - Evitar esforços físicos, carregar peso ou dirigir por 2 ou 3 dias
 - Permanecer deitado sobre o lado direito nas primeiras horas após a biópsia, se indicado pelo médico
- Cuidados com o curativo
 - Manter o curativo limpo e seco, bem como evitar molhar, por 24 a 48 horas
 - Retirar o curativo conforme orientação médica (geralmente após 2 a 3 dias)
- Controle da dor e medicação
 - Usar analgésicos prescritos como paracetamol, se houver dor
 - Evitar anti-inflamatórios ou anticoagulantes sem liberação médica
 - Retomar medicamentos suspensos apenas com orientação profissional
- Sinais de alerta - procure atendimento médico se houver:
 - Dor abdominal intensa ou persistente;
 - Tontura, suor frio, palidez ou desmaios;

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) BIÓPSIA HEPÁTICA PERCUTÂNEA	Padrão nº: FOR.GOV.C.002 Página 3 de 5
---	--	---

- Sangramento no local da punção;
- Febre, calafrios ou sinais de infecção (vermelhidão, secreção).
- Alimentação e hidratação
 - Pode retomar a alimentação leve após algumas horas, se estiver bem
 - Manter-se hidratado, salvo contra indicação médica
- Acompanhamento
 - Comparecer às consultas de retorno para avaliação dos resultados
 - Levar os exames ao médico responsável para definição dos próximos passos

DECLARO QUE:

1. Após a realização da devida avaliação médica fui informado da necessidade e indicação do procedimento denominado biópsia hepática percutânea;
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.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) BIÓPSIA HEPÁTICA PERCUTÂNEA	Padrão nº: FOR.GOV.C.002 Página 4 de 5
---	---	---

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 HEPÁTICA PERCUTÂNEA**. Afirmando ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) BIÓPSIA HEPÁTICA PERCUTÂNEA	Padrão nº: FOR.GOV.C.002
		Página 5 de 5

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

AUTORIZO EXPRESSAMENTE O PROCEDIMENTO PROPOSTO.

PACIENTE
1. Confirmando 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. 2. Em havendo necessidade de hemotransfusão sanguínea, qual a sua opção: ☐ ACEITO 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. ☐ RECUSO 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. Paciente: _____ Responsável (Grau de Parentesco): _____ RG: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____
MÉDICO
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. Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____