

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) BIÓPSIA PLEURAL	Padrão nº: FOR.GOV.003 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 PLEURAL** 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 espaço pleural, seja em lesão-alvo específica (nódulo ou massa sólida) ou aleatória, guiada por imagem com o objetivo de retirar alguns fragmentos da pleura e encaminhar para análise anatomopatológica. A biópsia de pleura tem por objetivo ampliar e complementar a chance de diagnóstico das doenças pleurais, sendo indicada em casos selecionados.

Indicações do procedimento: As principais indicações são:

- Derrame pleural, quando não é possível diagnosticar a causa com análise do líquido;
- Espessamento pleural;
- Suspeita de malignidade;
- Tuberculose pleural;
- Mesotelioma;
- Doenças inflamatórias pleurais, como a pleurite.

Em geral, a biópsia pleural é indicada quando a patologia ou lesões pleurais existentes não foram elucidadas por métodos menos invasivos ou em casos em que é necessário o estadiamento histológico.

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

Riscos e Complicações: complicações graves são muito raras, mas podem levar a hospitalização prolongada, necessidade de repetição do procedimento ou intervenção cirúrgica. A biópsia da pleura, pode apresentar algumas complicações, como:

- Dor no local da punção;
- Pneumotórax;
- Hemoptise, que é o sangramento no escarro;
- Hemorragia parenquimatosa;

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) BIÓPSIA PLEURAL	Padrão nº: FOR.GOV.C.003 Página 2 de 5
---	--	---

- Embolia aérea;
- Enfisema subcutâneo.

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

Cuidados a serem tomados pelo paciente após a realização do procedimento:

- Repouso e atividade física
 - Evite esforços físicos por pelo menos 24 a 48 horas;
 - Não levante peso nem pratique atividades extenuantes nesse período;
 - Descanse e respeite os sinais do corpo (fadiga é comum nos primeiros dias).
- Cuidados com o local da punção
 - Mantenha o curativo limpo e seco por pelo menos 24 horas;
 - Evite molhar o local no banho nas primeiras 12 a 24 horas;
 - Não aplique cremes ou pomadas sem orientação médica.
- Higiene e prevenção de infecção
 - Lave bem as mãos antes de tocar no curativo;
 - Observe sinais de infecção: vermelhidão, dor intensa, secreção ou febre;
 - Troque o curativo conforme orientação da equipe de saúde.
- Controle da dor
 - Use analgésicos prescritos, se necessário;
 - Compressas frias podem ajudar a reduzir dor e inchaço no local;
 - Evite anti-inflamatórios sem liberação médica.
- Atenção à respiração
 - Faça respirações profundas regularmente para evitar complicações pulmonares;
 - Informe o médico se sentir falta de ar, dor torácica ou tosse com sangue.
- Sinais de alerta – procure atendimento médico se houver:
 - Dor torácica súbita e intensa;
 - Dificuldade para respirar;
 - Sangramento persistente no local da punção;
 - Febre ou calafrios.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) BIÓPSIA PLEURAL	Padrão nº: FOR.GOV.C.003 Página 3 de 5
---	--	---

- Acompanhamento
 - Compareça às consultas de retorno para avaliação dos resultados;
 - Siga todas as orientações médicas quanto a exames e restrições.

DECLARO QUE:

1. Após a realização da devida avaliação médica fui informado da necessidade e indicação do procedimento denominado biópsia pleural;
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, entendendo 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.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) BIÓPSIA PLEURAL	Padrão nº: FOR.GOV.C.003 Página 4 de 5
---	---	---

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização de **BIÓPSIA PLEURAL**. Afirmo 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 PLEURAL	Padrão nº: FOR.GOV.C.003
		Página 5 de 5

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

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: ____:____