

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) BIÓPSIA PERCUTÂNEA RENAL	Padrão nº: FOR.GOV.C.004 Página 1 de 4
---	---	---

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 PERCUTÂNEA RENAL** 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 renal, 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 renal e encaminhar para análise anatomopatológica.

Indicações do procedimento: As principais indicações são:

- Quando há suspeita de lesão tumoral;
- Síndrome nefrótica ou nefrítica inexplicável;
- Lesão renal aguda;
- Suspeita de glomerulonefrite;
- Insuficiência renal aguda ou crônica sem causas bem definida;
- Nefrosclerose hipertensiva;
- Investigação de causa de falha de enxerto renal;
- Suspeita de lesões renais tumorais.

Benefícios: os benefícios incluem o diagnóstico de um eventual tumor renal ou identificação de disfunções renais, tendo uma intervenção cirúrgica como única alternativa.

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. São riscos potenciais:

- Sangramento interno ou externo;
- Lesões de pele por atrito na movimentação do paciente;
- Hematomas Superficiais;
- Reações alérgicas às medicações utilizadas. A anafilaxia, que se refere à apresentação mais grave de alergia, ocorre entre 3 a 50 pessoas a cada 100000 (0,003 a 0,05%);
- Flebite, termo que se refere à inflamação da veia, geralmente no local da medicação 1,8%;

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) BIÓPSIA PERCUTÂNEA RENAL	Padrão nº: FOR.GOV.C.004 Página 2 de 4
---	---	---

- Hematúria, termo que se refere à presença de sangue na urina, desde pequena quantidade até grandes quantidades (entre 7,5%);
- Sangramentos com necessidade de hemotransfusão (até 5%);
- Necessidade de repetição do procedimento, caso material não seja conclusivo para realizar análise patológica;
- Amostras insatisfatórias: entre 8 e 14% de acordo com a literatura mundial;
- Necessidade de procedimentos invasivos relacionados à biópsia, como cistoscopia, angiografia, embolização (0,7%).

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 realizado do procedimento:

- Repouso absoluto de preferência em ambiente hospitalar;
- Após a alta (geralmente 24 a 48h após), evitar esforços físicos, atividades que exijam um esforço maior, subir escadas repetidamente ou levantar peso por 7 a 10 dias;
- Tomar rigorosamente os medicamentos prescritos pelo médico. Evitar anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) e AAS, a menos que seja por orientação médica;
- Manter-se bem hidratado, a menos que haja orientação de restrição pelo médico assistente;
- Observar a urina, retornar ao serviço de saúde se: ocorrer presença de sangue na urina em maior quantidade, ocorrência de coágulos de sangue, redução do volume diurético e dor intensa lombar ou abdominal;
- Monitorar sinais de complicação: febre ou calafrios, dor lombar forte e contínua, queda de pressão ou sensação de desmaio, aumento da frequência cardíaca e inchaço no local do procedimento. Deverá comunicar ao médico ou retornar ao serviço de saúde;
- Não praticar esporte e relações sexuais até a liberação pelo médico assistente;
- Retornar ao médico assistente para seguimento.

Esses cuidados são essenciais para garantir uma recuperação tranquila e evitar complicações após a biópsia. Se tiver alguma dúvida ou sentir desconforto, é importante consultar o médico responsável pelo procedimento.

DECLARO QUE:

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

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) BIÓPSIA PERCUTÂNEA RENAL	Padrão nº: FOR.GOV.C.004
		Página 3 de 4

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 PERCUTÂNEA RENAL**. 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 PERCUTÂNEA RENAL	Padrão nº: FOR.GOV.C.004
		Página 4 de 4

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: ____:____