

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_ ou seu responsável Sr. (a) \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, 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.(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM- \_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**BIÓPSIA**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias 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 nos arts. 22º e 34º 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 tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** a biópsia consiste na retirada de pequeno fragmento de tecido de qualquer parte do corpo humano para analisar 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.

### COMPLICAÇÕES:

1. Sangramentos;
2. Formação de hematomas (acúmulo de sangue) e equimoses (manchas roxas);
3. Deiscência da sutura (soltam-se os pontos);
4. Lesão de outros órgãos;
5. Lesões vasculares e de nervos;
6. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira);
7. Dor nos ombros, temporária, na videocirurgia;
8. Enfisema subcutâneo, temporário, na videocirurgia. 9. Retenção urinária, temporária, no PO imediato;
9. Hematomas, equimoses e sangramentos eventuais dos orifícios dos portais da videocirurgia.

### ANESTESIA LOCAL:

1. Reação alérgica;
2. Infecção;
3. Sangramento;
4. Nervo danificada;
5. Dormência;
6. Dor;
7. Tontura;
8. Náusea.

Infecção relacionada à assistência à saúde A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado. Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

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 esclarecido 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.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do paciente (ou representante legal)

\_\_\_\_\_  
Documento de Identidade

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo médico