**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Punção Aspirativa de Medula Óssea e Biópsia de Crista Ilíaca** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** | |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Responsável (“Responsável”)**: (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado): | |
| Nome do Responsável: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endereço: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefone: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por este instrumento particular, o Paciente, ou o seu Responsável, declara para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 (“Código de Defesa do Consumidor” ou “CDC”), **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico, Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito (a) no CRM-\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (o “Médico”), para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o Procedimento designado [**Punção Aspirativa de Medula Óssea e Biópsia de Crista Ilíaca**] (o “Procedimento”), a ser realizado no Hospital Orizonti, localizado na Avenida José de Patrocínio Pontes, n° 1355, Bairro Mangabeiras, CEP n° 30.210-090, na Cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 (“Código de Ética Médica”), sugeriu a realização do Procedimento (anteriormente denominado), como parte de meu plano de tratamento e prestou informações detalhadas sobre o estado de saúde do Paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos e exames a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, em especial as que seguem abaixo:

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO**:

1) A Punção Aspirativa de Medula Óssea é um procedimento médico cujo objetivo é retirar pequena quantidade de sangue do interior do osso (osso da bacia ou mesmo de um osso chamado esterno, que se localiza no centro do tórax). O objetivo é retirar tal material para a realização de exames muito importantes especialmente nas áreas de Hematologia e Oncologia, tais como: mielograma, imunofenotipagem, cariótipo e análises de biologia molecular. Sua função principal é a de mostrar o número, a forma e as características das células da medula óssea, o órgão que produz o nosso sangue. É realizado sem a necessidade de nenhum preparo prévio, exceto se indicado por seu médico assistente durante a consulta. O paciente é acomodado no leito (cama) comum de Enfermaria ou de ambulatório médico, com cabeceira a zero graus (ou seja, sem o auxílio de travesseiros ) em posição adequada a ser definida pelo médico coletor (“de lado” ou com em decúbito dorsal – “de barriga para cima”). Em seguida, utiliza-se produtos à base de Iodo ou Clorexidine para a limpeza do local da pele onde será inserida a agulha. Atenção: neste momento é de extrema importância informar se há alergias a materiais como látex, Iodo, esparadrapo ou outros. Depois de feita a limpeza, é realizada anestesia apenas no local onde a agulha do exame será inserida. Esta anestesia não é capaz de ocasionar sonolência embora como qualquer medicação pode ter efeitos colaterais os quais devem ser imediatamente informados ao médico caso ocorram. Em seguida, é inserida agulha especificamente fabricada para este tipo de procedimento, que ultrapassa pele e alcança o osso em sua estrutura superficial, cerca de 2 a 3 centímetros até que possa ser possível aspirar com seringa gotas, 5 ml ou 10 ml de sangue, a depender do exame. Este material é colocado em lâminas ou, em pequenos tubos contendo substâncias que impedem que o sangue coagule e permita que o mesmo possa ser avaliado em sua condição habitual e enviado ao Laboratório para análise. Se bem tolerado, este exame tem duração estimada de 10 a 30 minutos. Na sequência é realizado por técnico de Enfermagem um curativo comum que deve permanecer por 24 horas. É recomendado repouso após o procedimento de cerca de 15 minutos e, não havendo queixas de mal-estar o paciente pode ser liberado. Durante e após o procedimento há dor local que pode requerer afastamento médico no dia do exame para repouso relativo. Participam desse exame o médico e técnico(s) de Enfermagem tecnicamente preparados e dispostos a auxiliá-lo quanto a qualquer dúvida ou queixa, com o objetivo de garantir o melhor conforto e assistência neste contexto. Todos os materiais são estéreis, nunca antes utilizados, para total segurança contra contaminação por bactérias ou outros agentes.

2) A Biópsia de Medula Óssea é um procedimento médico cujo objetivo é retirar pequeno pedaço /fragmento do osso da bacia, seja da parte anterior (parte da frente do osso) ou posterior (parte de trás do osso). O objetivo é retirar tal material para a realização de exames muito importantes especialmente nas áreas de Hematologia e Oncologia, tais como: biópsia (estudo anatomopatológico) de medula óssea e posteriormente imunohistoquímica. Sua função principal é a de mostrar como está o tecido do órgão que fabrica o nosso sangue, a medula óssea: se esta é uma medula em seu pleno potencial de produção ou se há interferências que prejudicam a fabricação do sangue em forma completa e ideal. É realizado sem a necessidade de nenhum preparo prévio, exceto se indicado por seu médico assistente durante a consulta. O paciente é acomodado no leito (cama) comum de Enfermaria ou de ambulatório médico, com cabeceira a zero graus (ou seja, sem o auxílio de travesseiros) em posição adequada a ser definida pelo médico coletor (de lado, em posição fetal, ou seja, joelhos e tronco flexionados, próximos ao abdome). Em seguida, utiliza-se produtos à base de Iodo ou Clorexidine para a limpeza do local da pele onde será inserida a agulha. Atenção: neste momento é de extrema importância informar se há alergias a materiais como látex, Iodo, esparadrapo ou outros. Depois de feita a limpeza, é realizada anestesia apenas no local onde a agulha do exame será inserida. Esta anestesia não é capaz de ocasionar sonolência embora como qualquer medicação pode ter efeitos colaterais os quais devem ser imediatamente informados ao médico caso ocorram. Em seguida, é inserida agulha especificamente fabricada para este tipo de procedimento, de calibre um pouco maior que o habitualmente conhecido pelos pacientes (agulha “mais grossa”), que ultrapassa a pele e alcança o osso em sua estrutura superficial, cerca de 2 a 5 centímetros até que possa ser possível retirar fragmento de osso, em formato de cilindro, de 2 cm ou maior. Este material é colocado em frasco preparado com Formol e enviado ao Laboratório para análise. Se bem tolerado, este exame tem duração estimada de 10 a 30 minutos. Na sequência é realizado por técnico de Enfermagem curativo comum que deve permanecer por 24 horas. É recomendado repouso de cerca de 15 minutos após o procedimento e, não havendo queixas de mal-estar o paciente poderá ser liberado com orientações. Durante e após o procedimento há dor local que pode requerer afastamento médico no dia do exame para repouso relativo. Participam desse exame o médico e técnico(s) de Enfermagem tecnicamente preparados e dispostos a auxiliá-lo quanto a qualquer dúvida ou queixa, com o objetivo de garantir o melhor conforto e assistência neste contexto. Todos os materiais são estéreis, nunca antes utilizados, para total segurança contra contaminação por bactérias ou outros agentes.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÃO**:

1. A complicação mais comum, não grave e esperada, é a de manutenção de leve dor no local do procedimento por 24 horas ou até por algumas semanas após o procedimento, inerentes a manipulação e ao próprio processo de cicatrização do osso e pele;
2. Infecção no local de punção é complicação rara, que pode ser identificada como vermelhidão, calor e inchaço no local com ou sem saída de secreção;
3. Reações alérgicas leves, moderadas ou graves aos medicamentos utilizados tanto os aplicados na pele (Clorexidine, Iodo) ou por meio de agulha e seringa abaixo da pele (pele, tecido gorduroso e periósteo – a parte mais superficial do osso). Os injetáveis são caracterizados como anestésicos locais sem vasoconstrictor. Se houver necessidade de sedação para a realização do procedimento, casos de exceção, há a possibilidade de sofrer os efeitos adversos do sedativo utilizado;
4. Fratura do osso a ser puncionado é complicação raríssima que acomete geralmente pacientes com doenças ósseas graves e prévias, tais como osteoporose severa, ou com cânceres hematológicos ainda não diagnosticados que tem como um de seus sinais a retirada de cálcio dos ossos tornando-os frágeis;
5. Pode ocorrer sangramentos leves e que cessam rapidamente, que demoram mais tempo a serem estancados (especialmente em pacientes que usam aspirina ou medicamentos para anticoagulação do sangue) ou, intensos capazes de gerar hematomas: manchas de cor roxa, elevadas e dolorosas, de tamanhos variados.

Declaro, adicionalmente, que:

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento e as operações a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.

2. Tendo sido informado acerca dos Tratamentos Alternativos acima, opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

3. Assim, declaro também estar ciente de que o Procedimento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.

5. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, ainda que invasivo, inclusive terapias alternativas, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

6. Em decorrência da manipulação cirúrgica de órgãos e tecidos após o procedimento, o Paciente poderá apresentar incômodos dolorosos e, caso necessário, após avaliação clínica e desejo do Paciente, poderão ser administrados fármacos para controle álgico.

7. Os registros fotográficos da pele ou lesões, caso ocorram, são autorizados e ficarão limitados aos profissionais de saúde do Hospital Orizonti.

8. Autorizo que qualquer tecido seja removido cirurgicamente e que seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

9. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.

10. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/cirurgião(ã), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade..

Certifico que li este termo, o que foi explicado pra mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos**.

Belo Horizonte, MG, [\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_:\_\_]

|  |
| --- |
| **Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)  **Assinatura do Responsável Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**