
 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO PARA          REALIZAÇÃO DE PUNÇÃO DE MEDULA ÓSSEA          E/OU BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
<b>NOME DO PACIENTE:</b>
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>
<b>CPF OU RG:</b>
<b>NOME DA MÃE DO PACIENTE:</b>
<b>NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:</b>
<b>CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:</b>
<b>EXAME A SER REALIZADO:</b>
<input type="checkbox"/> <b>PUNÇÃO ASPIRADA DE MEDULA ÓSSEA</b> <input type="checkbox"/> <b>BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA</b>

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

- AUTORIZO a equipe médica do Hospital Bruno Born e demais profissionais assistenciais vinculados ao atendimento a realizar o exame acima descrito.
- Fui informado pelo meu médico do resultado das avaliações e dos exames realizados previamente pelo paciente, compreendendo a necessidade da realização, neste momento, do procedimento em questão para fins de auxílio ao diagnóstico;
- Fui informado em linguagem clara e acessível:
  - que a medula óssea, encontrada no interior (parte oca) da maioria dos ossos, é responsável pela produção das células do sangue (hemácias, leucócitos, plaquetas);
  - que a **punção aspirada da medula óssea**, para fins de mielograma ou microbiológico, é um procedimento utilizado para obter uma amostra da parte líquida da medula óssea, mediante a introdução de uma agulha fina para puncionar o local;
  - que a **biópsia de medula óssea**, por sua vez, fornece um pequeno cilindro do osso ílaco com medula óssea no seu interior, mediante a introdução de uma agulha fina própria para biópsia;
  - que as amostras coletadas, em ambas as hipóteses, são analisadas ao microscópio, conforme o tipo de exame prescrito, para determinar se há alguma anormalidade no desenvolvimento das células sanguíneas, a causa das contagens baixas de elementos do sangue, confirmar diagnósticos, avaliar resposta a tratamentos e permitir exames adicionais;
- Fui informado que a aspiração e a biópsia da medula podem ser realizadas em consultório, leito hospitalar e, menos frequentemente, em centro cirúrgico, com o uso de sedação ou anestesia.
- Fui informado que para a punção e/ou biópsia da crista ilíaca (osso da bacia situado abaixo da cintura), o paciente fica em decúbito lateral e a área a ser puncionada é limpa com solução antisséptica e anestesiada com anestésico local.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PUNÇÃO DE MEDULA ÓSSEA E/OU BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Nessa hipótese, é realizada uma incisão com bisturi e após a agulha de aspiração ou de biópsia é inserida, através da pele, na cavidade medular removendo a parte líquida da medula óssea. Após a remoção da agulha de aspiração ou biópsia, uma outra agulha ou a mesma, quando foi usada inicialmente a de biópsia para aspiração, é introduzida no osso de maneira semelhante, obtendo pequeno fragmento ósseo.

Após isso, é feita uma pequena pressão na pele, no local da punção, colocado curativo com gaze e micropore para evitar/minimizar a ocorrência de hematomas e sangramentos. E após o procedimento, o paciente fica deitado de costas em observação por durante 5-10 minutos;

6. Fui informado que o procedimento em questão possui riscos inerentes, tais como, a ocorrência de sangramento, hematomas, desconforto e infecção no local da punção, reação anafilática, fratura óssea, dano aos tecidos vizinhos (vasos sanguíneos, nervos, órgãos), pequena cicatriz e bacteremia (presença de bactérias na corrente sanguínea). Pode ocorrer dor local durante e após a anestesia, porém a dor deve passar depois de algumas horas.

7. Fui informado que, durante a realização da aspiração e/ou biópsia da medula óssea poderá ocorrer intercorrências imprevistas ou fortuitas, não obstante a técnica e indicações apropriadas, com necessidade de procedimentos urgentes não antecipados, como, por exemplo, transfusão de sangue e anestesia geral. Se isso for necessário para preservar a minha saúde, desde já autorizo a realização de qualquer procedimento adicional julgado necessário pelo médico, durante o procedimento original e cujo retardo possa ocasionar danos adicionais a saúde do paciente;

8. Fui informado que não há alternativas senão a realização do exame em questão. Não realizar a aspiração e/ou biópsia da medula óssea pode impossibilitar o diagnóstico de uma doença subjacente, com potencial progressão e piora da condição médica;


9. Fui informado que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, pelo que **não há garantia de obtenção de cura ou do resultado desejado**. Pode ser necessária a repetição do exame.

10. Fui informado que, independentemente da técnica e do zelo empregado pelos profissionais envolvidos no ato, podem surgir circunstâncias complicadas e imprevistas que podem evoluir, inclusive, para o ÓBITO do paciente. Fui informado e compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e que não podem ser dadas quaisquer garantias, por isso, os riscos do ato médico estão sempre presentes, em menor ou maior grau de probabilidade de ocorrência, conforme previsto na literatura médica;

11. Fui informado que o material coletado passará por análise técnica, em laboratório externo, ciente que essa análise é feita com uma pequena quantidade de material coletado. Às vezes, esse material é inviabilizado para diagnóstico ou não apresenta sinais de doença, embora ela exista, hipótese em que o médico que assiste o paciente deve avaliar o caso concreto e determinar novo exame, se julgar necessário;

12. Fui informado que, na hipótese de necessidade de repetição do exame, por qualquer motivo, não há reembolso de despesas pagas pelo paciente ou convênio, pois foi gerado gasto, pelo hospital, com honorário médico, material, insumos, tempo de uso de equipamento, despesas com pessoal, etc.;

13. Fui informado que devo cumprir integralmente as orientações médicas que me foram prescritas, no pré e no pós-exame, bem como que devo buscar imediatamente atendimento médico após sair do hospital, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma diverso da normalidade, tais como, dores, sangramento, tontura.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PUNÇÃO DE MEDULA ÓSSEA E/OU BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

14. Fui informado que, caso eu faça uso de drogas ou de medicamento anticoagulante, devo informar isso ao médico antes da realização do exame, ou se tenho alergia a algum medicamento ou a alimento, também devo informar isso ao médico antes do exame.

15. Fui informado da importância de me hidratar (beber água) após o procedimento e de repousar por algumas horas até me restabelecer por completo para as atividades cotidianas.

16. Fui esclarecido sobre as razões do procedimento e que não há garantia de resultado, além da possibilidade, embora pequena, de contrair infecção e bacteremia pós-exame (presença de bactérias na corrente sanguínea), mesmo ciente de que o hospital e sua equipe adotam todas as medidas preventivas possíveis para evitar isso.

17. Fui informado que posso retirar o meu consentimento a qualquer tempo antes da realização do ato médico, sem que isso implique em punição ou dificuldade de buscar o atendimento do hospital no futuro.

18. Autorizo o uso dos dados do meu atendimento para pesquisa clínica ou acadêmica, desde que seja assegurado o sigilo quanto aos meus dados de identificação (nome completo, CPF, RG e filiação).

19. Este procedimento foi me explicado de forma clara pela equipe médica e assistencial, quando recebi orientação quanto aos benefícios, riscos e alternativas, inclusive, a sua não realização, oportunidade na qual pude fazer perguntas e obter respostas.

20. Diante disso, satisfeito com as informações recebidas e concordando com as condições aqui registradas, AUTORIZO a execução do ato médico em questão e assumo os riscos inerentes deste.

Lajeado \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável pelo Paciente**  
Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a).: \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

\_\_\_\_\_  
**Médico(a) – Assinatura**