ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
MIELOGRAMA E/OU BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Hospital Dia.

PROCEDIMENTO: A medula óssea, encontrada no interior (parte oca) da maioria dos ossos, é responsável pela produção das células do sangue (hemácias, leucócitos, plaquetas). O aspirado da medula óssea (mielograma) é um procedimento utilizado para obter uma amostra da parte líquida da medula óssea; a biópsia de medula óssea, por sua vez, fornece um pequeno cilindro do osso ilíaco com medula óssea no seu interior. Ambas as amostras são analisadas ao microscópio 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. Para a punção e/ou biópsia da crista ilíaca (osso da bacia situado abaixo da cintura), o paciente fica em decúbito lateral, a agulha de aspiração é inserida, através da pele, na cavidade medular removendo a parte líquida da medula óssea. Após a remoção da agulha de aspiração, uma outra agulha, a agulha de biópsia, é introduzida no osso de maneira semelhante, obtendo pequeno fragmento ósseo. Após o procedimento, o paciente fica deitado de costas e monitorado durante 5-10 minutos.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a riscos, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Dentre os riscos, embora incomuns, podem ocorrer infecção no local da punção, reação anafilática, fratura óssea, dano aos tecidos vizinhos (vasos sanguíneos, nervos, órgãos) e sangramento (pouco frequente). No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

ORIENTAÇÃO PARA O PROCEDIMENTO: É de fundamental importância para a realização do procedimento seguir corretamente as orientações fornecidas na consulta de enfermagem e do anestesista. Portanto, se tiver tido alguma dificuldade com as orientações recebidas, avise a equipe de enfermagem que irá lhe atender antes e durante o seu procedimento de Mielograma e/ou Biópsia de Medula Óssea. O acompanhante deverá permanecer durante todo o tempo de internação do paciente no Itaigara Memorial Hospital Dia.

ANATOMIA PATOLÓGICA: Autorizo que todo material que for removido durante o procedimento, deverá ser enviado para estudo anátomo patológico para confirmação diagnóstica pelos laboratórios conveniados ao Itaigara Memorial.

( ) Autorizo	**( ) Não autorizo**

Nos casos em que o paciente for particular ou convênio não credenciado aos laboratórios parceiros, a peça será entregue ao paciente com as devidas orientações.

Nota: Caso o material seja transportado para o laboratório da escolha médica deverá ser preenchida autorização pelo paciente e/ou responsável.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL

Eu, _____ autorizo o(a) médico(a)/Cremeb_____ a transportar o material coletado para o laboratório da sua escolha.

ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
MIELOGRAMA E/OU BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

PÓS PROCEDIMENTO: Orientado depois do procedimento MIELOGRAMA E/OU BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA é aconselhável: evitar qualquer atividade que requeira particular concentração após o dia sucessivo da intervenção, retornar a plena atividade a partir da liberação do cirurgião, retorno imediato ao médico se houver qualquer alteração. Declaro para todos os fins legais, especialmente no disposto no artigo 39, VI da Lei 8.078/90 que dou plena autorização ao médico por mim escolhido, Dr (a). _____ e sua equipe, para executar o tratamento cirúrgico designado **MIELOGRAMA E/OU BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA** e todos os procedimentos que se fizerem necessários, além da anestesia e outras condutas médicas cirúrgicas que tal tratamento venha a exigir.

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Declaro, 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, declaro 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.

( ) Paciente

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

( ) Responsável

Nome: _____

Identidade nº:_____ Grau de Parentesco:_____

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

Declaração do Médico Responsável

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o procedimento, os riscos e complicações, as orientações pré e pós procedimento. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____