ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
BIÓPSIA DE MÚSCULO

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.

Se o paciente concordar, será submetido à realização de um procedimento chamado de biópsia de músculo, que tem como objetivo ajudar seu médico a esclarecer seu diagnóstico e assim poder orientar seu tratamento de maneira mais adequada. Este procedimento será realizado por um médico devidamente treinado neste tipo de procedimento.

PROCEDIMENTO: A biópsia de músculo é indicada para investigação de pacientes com doenças que comprometem o músculo e em alguns casos, o nervo, e tem como objetivo avaliar as fibras musculares e detectar se elas são normais, aumentadas ou diminuídas, ou se sua distribuição é normal (se existe predominância de um tipo de fibra muscular, tipo I ou tipo II) e assim verificar ou não a existência de alteração do seu desenvolvimento, sinais de degeneração ou regeneração, reconhecer alterações como edema, inflamação, necrose, vasculites, infiltração por produtos metabólicos tóxicos ou por células tumorais, além de avaliar substituição de tecido muscular por tecido conjuntivo.

A biópsia está indicada nos pacientes com quadros suspeitos de: miosites, distrofias musculares, miopatias metabólicas, miopatias tóxicas, miopatias congênitas, entre outras condições.

Vários músculos podem ser utilizados para a realização de uma biópsia, e são escolhidos os de localização cutânea mais superficial e de mais fácil acesso. O principal músculo utilizado para realizar biópsia é o músculo deltoide. Esse músculo se localiza na porção lateral do braço, mais ou menos quatro centímetros abaixo do ombro.
Como alternativa, outros locais que podem ser biopsiados são os músculos: bíceps (localizado na face interna do braço), vasto lateral da coxa (localizado na face lateral da coxa) ou ainda o gastrocnêmio (localizado na face postero-lateral da perna) ou extensores de dedos, localizados no antebraço.

A biópsia consiste em realizar, após limpeza da pele, aplicação de anestesia local com Xilocaína 2% sem vasoconstritor, e posteriormente uma incisão vertical na pele, de aproximadamente 2 centímetros. Com o uso de afastadores localizar o músculo e realizar a retirada de quatro ou cinco fragmentos deste músculo. Após, será realizado sutura da incisão com fio mononylon e curativo local.

ANATOMIA PATOLÓGICA: Os fragmentos de músculo retirados serão colocados sob uma gaze em gelo, para transporte até o laboratório onde se realizará a congelação com nitrogênio líquido. Após a congelação, o material será encaminhado para o laboratório ImagePat para processamento e análise em microscópio.

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.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Apesar da cautela, do procedimento descrito acima pode apresentar complicações como todos os procedimentos cirúrgicos. Existe a possibilidade remota de hematoma, inchaço ou infecção no local da biópsia, o que pode ser evitado através de cuidados de limpeza e curativos adequados. Pode ainda, ser observado dor local

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

nos primeiros dias, devido à manipulação cirúrgica, o que desaparece espontaneamente após. E ainda pode haver reação alérgica local, devido ao uso de produto para limpeza da pele (assepsia), sendo importante que o paciente informe ao médico se já apresentou ou não qualquer tipo de alergia de pele anteriormente. Existe a possibilidade de, havendo muita substituição do seu músculo por tecido conjuntivo, em caso de doenças em fases muito avançadas, não conseguir retirar músculo em adequadas condições para análise. A biópsia de músculo pode não esclarecer o seu diagnóstico clínico. No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infectores Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário).
2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário).
3. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. Cirurgias infectadas – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

PÓS-OPERATÓRIO: O curativo pode ser removido após 1 dia, devendo-se manter o local da incisão sempre limpo e, se possível, com curativo seco, evitando-se uso de pomada ou outros produtos. Devem-se retirar os pontos após 7 dias do procedimento cirúrgico no local da realização da biópsia ou em unidades de saúde próximas à sua residência.

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 e todos os procedimentos que se fizerem necessários, além da anestesia e outras condutas médicas cirúrgicas que tal tratamento venha a exigir.

( ) **Não autorizo transfusão de sangue** ( ) **Autorizo transfusão de sangue**

Eu concordo voluntariamente em realizar o exame de biopsia de músculo. 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.

ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
BIÓPSIA DE MÚSCULO

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

( ) 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, _____/_____/_____