

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) paciente _____, ou seu responsável _____, **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, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/PR sob

o n.º _____ ou outro _____ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **BIÓPSIA PERCUTANEA DO FIGADO** e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9, VI Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de **BIÓPSIA PERCUTANEA DO FIGADO** antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINICAO: Procedimento realizado para obter um pequeno fragmento de tecido do fígado com o uso de uma agulha acoplada a um disparador específico para este procedimento, o que pode ser realizado com anestesia local, não sendo necessário anestesia geral. Sedação também não é habitualmente necessária, mas pode eventualmente ser usada.

PROPOSITO: Usualmente, uma biópsia do fígado é realizada para descobrir a causa de doenças hepáticas e para determinar qual a gravidade do problema e quanto de fibrose / cicatrização está presente, como por exemplo, nos casos de cirrose. Ocasionalmente, uma biópsia é usada para investigar outros problemas, como infecções que podem se apresentar pelo corpo ou, ainda, para esclarecer a natureza de alterações focais, como nódulos suspeitos.

RISCOS: A complicação mais comum é o sangramento, que pode ocorrer em 1 – 4% dos pacientes. Se ocorrer sangramento muito severo (raro), transfusão de sangue ou mesmo cirurgia podem ser necessárias. Outras complicações raras incluem colapso do pulmão, extravasamento de bile para dentro do fígado ou da cavidade abdominal e lesão de outros órgãos, como a vesícula ou intestinos. Cirurgia poderá ser necessária se esses problemas vierem a ocorrer, porém essas possibilidades ficam muito reduzidas, porque a biópsia será orientada por exame de imagem (ultrassonografia em tempo real ou tomografia). Embora extremamente raros estatísticas médicas apontam casos fatais em decorrência dessas complicações. Dor transitória ocorre em cerca de 25% dos pacientes, porém analgésicos serão prescritos se houver necessidade. O Sr.(a) ficará em observação no hospital e será liberado(a) assim que haja segurança em relação às suas condições clínicas.

ALTERNATIVAS: Pode-se obter tecido do fígado para exame também por videolaparoscopia ou mesmo por cirurgia aberta ou, ainda mais raramente, pelo uso de cateter com agulha introduzido por uma veia do pescoço.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **BIÓPSIA PERCUTANEA DO FIGADO** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado 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 em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa.



HOSPITAL PILAR

Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), ____ de _____ de _____.

| Deve ser preenchido pelo médico assistente | |
|---|----------------------------|
| Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. | |
| Nome do médico _____ | Assinatura _____ CRM _____ |

| CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS | |
|---------------------------------|---|
| Assinatura do(a) paciente _____ | Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____ |
| RG Nº _____ | RG Nº _____ |
| NOME _____ | NOME _____ |

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.
1ª via do Paciente.**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) paciente _____, ou seu responsável _____, **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, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/PR sob

o n.º _____ ou outro _____ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **BIÓPSIA PERCUTANEA DO FIGADO** e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9, VI Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de **BIÓPSIA PERCUTANEA DO FIGADO** antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINICAO: Procedimento realizado para obter um pequeno fragmento de tecido do fígado com o uso de uma agulha acoplada a um disparador específico para este procedimento, o que pode ser realizado com anestesia local, não sendo necessário anestesia geral. Sedação também não é habitualmente necessária, mas pode eventualmente ser usada.

PROPOSITO: Usualmente, uma biópsia do fígado é realizada para descobrir a causa de doenças hepáticas e para determinar qual a gravidade do problema e quanto de fibrose / cicatrização está presente, como por exemplo, nos casos de cirrose. Ocasionalmente, uma biópsia é usada para investigar outros problemas, como infecções que podem se apresentar pelo corpo ou, ainda, para esclarecer a natureza de alterações focais, como nódulos suspeitos.

RISCOS: A complicação mais comum é o sangramento, que pode ocorrer em 1 – 4% dos pacientes. Se ocorrer sangramento muito severo (raro), transfusão de sangue ou mesmo cirurgia podem ser necessárias. Outras complicações raras incluem colapso do pulmão, extravasamento de bile para dentro do fígado ou da cavidade abdominal e lesão de outros órgãos, como a vesícula ou intestinos. Cirurgia poderá ser necessária se esses problemas vierem a ocorrer, porém essas possibilidades ficam muito reduzidas, porque a biópsia será orientada por exame de imagem (ultrassonografia em tempo real ou tomografia). Embora extremamente raros estatísticas médicas apontam casos fatais em decorrência dessas complicações. Dor transitória ocorre em cerca de 25% dos pacientes, porém analgésicos serão prescritos se houver necessidade. O Sr.(a) ficará em observação no hospital e será liberado(a) assim que haja segurança em relação às suas condições clínicas.

ALTERNATIVAS: Pode-se obter tecido do fígado para exame também por videolaparoscopia ou mesmo por cirurgia aberta ou, ainda mais raramente, pelo uso de cateter com agulha introduzido por uma veia do pescoço.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **BIÓPSIA PERCUTANEA DO FIGADO** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado 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 em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa.



Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), ____ de _____ de _____.

| Deve ser preenchido pelo médico assistente | |
|---|----------------------------|
| Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. | |
| Nome do médico _____ | Assinatura _____ CRM _____ |

| CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS | |
|---------------------------------|---|
| Assinatura do(a) paciente _____ | Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____ |
| RG Nº _____ | RG Nº _____ |
| NOME _____ | NOME _____ |

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.
2ª via do Médico.**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) paciente _____, ou seu responsável _____, **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, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/PR sob

o n.º _____ ou outro _____ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **BIÓPSIA PERCUTANEA DO FIGADO** e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9, VI Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de **BIÓPSIA PERCUTANEA DO FIGADO** antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINICAO: Procedimento realizado para obter um pequeno fragmento de tecido do fígado com o uso de uma agulha acoplada a um disparador específico para este procedimento, o que pode ser realizado com anestesia local, não sendo necessário anestesia geral. Sedação também não é habitualmente necessária, mas pode eventualmente ser usada.

PROPOSITO: Usualmente, uma biópsia do fígado é realizada para descobrir a causa de doenças hepáticas e para determinar qual a gravidade do problema e quanto de fibrose / cicatrização está presente, como por exemplo, nos casos de cirrose. Ocasionalmente, uma biópsia é usada para investigar outros problemas, como infecções que podem se apresentar pelo corpo ou, ainda, para esclarecer a natureza de alterações focais, como nódulos suspeitos.

RISCOS: A complicação mais comum é o sangramento, que pode ocorrer em 1 – 4% dos pacientes. Se ocorrer sangramento muito severo (raro), transfusão de sangue ou mesmo cirurgia podem ser necessárias. Outras complicações raras incluem colapso do pulmão, extravasamento de bile para dentro do fígado ou da cavidade abdominal e lesão de outros órgãos, como a vesícula ou intestinos. Cirurgia poderá ser necessária se esses problemas vierem a ocorrer, porém essas possibilidades ficam muito reduzidas, porque a biópsia será orientada por exame de imagem (ultrassonografia em tempo real ou tomografia). Embora extremamente raros estatísticas médicas apontam casos fatais em decorrência dessas complicações. Dor transitória ocorre em cerca de 25% dos pacientes, porém analgésicos serão prescritos se houver necessidade. O Sr.(a) ficará em observação no hospital e será liberado(a) assim que haja segurança em relação às suas condições clínicas.

ALTERNATIVAS: Pode-se obter tecido do fígado para exame também por videolaparoscopia ou mesmo por cirurgia aberta ou, ainda mais raramente, pelo uso de cateter com agulha introduzido por uma veia do pescoço.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **BIÓPSIA PERCUTANEA DO FIGADO** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado 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 em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa.



HOSPITAL PILAR

Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), ____ de _____ de _____.

| Deve ser preenchido pelo médico assistente | |
|---|----------------------------|
| Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. | |
| Nome do médico _____ | Assinatura _____ CRM _____ |

| CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS | |
|---------------------------------|---|
| Assinatura do(a) paciente _____ | Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____ |
| RG Nº _____ | RG Nº _____ |
| NOME _____ | NOME _____ |

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer seu autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.
3ª via do Hospital.**