

Termo de Ciência e Consentimento

Paracentese abdominal

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____, declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte procedimento hemoterápico:

Paracentese abdominal

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado (a) que a paracentese abdominal é um procedimento no qual o médico, após anestesia local, insere uma agulha no abdômen para se retirar líquido para análise ou quando este estiver em excesso, para alívio da pressão intra abdominal.

Este procedimento é indicado para investigação diagnóstica da ascite de etiologia indeterminada, investigação diagnóstica de peritonite, alívio da dispnéia, dor abdominal e desconforto abdominais causados pela ascite tensa e investigação diagnóstica de possível hemorragia intra-abdominal em pacientes vítimas de trauma abdominal.

Amostras do líquido colhido são encaminhadas para laboratório de análises clínicas e/ou de anatomia patológica para as devidas análises.

As complicações relacionadas à paracentese abdominal são raras. A mais comum delas, acontecendo em até 5% dos casos é a perda contínua de líquido ascítico pelo local da punção, o que na maioria das vezes se resolve com a utilização de um curativo compressivo mas por vezes exige sutura local. Infecções relacionadas à paracentese - infecção cutânea ou peritonite são incomuns podendo acontecer em até 0,5% dos casos necessitando uso de antibióticos. Complicações mais sérias, como perfurações de órgãos intraperitoneais e hemorragias são raras e acontecem em 0,05 a 1%. Felizmente elas se resolvem espontaneamente e raramente exigem intervenções cirúrgicas abdominais.

Para os fins acima descritos não há outros exames ou procedimentos alternativos.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

Autorizo a realização de filmagens / fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como 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), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital Córdio Pulmonar;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, ____ de _____ de 20____ ____:____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

DECLARAÇÃO DO(A) MÉDICO(A) RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo 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.

Salvador, ____ de _____ de 20____ ____:____ (hh:min)

Nome do(a) médico(a):

CRM: _____

Assinatura: _____