



GRUPOIMNE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA

O que é uma biópsia hepática?

A biópsia hepática é o procedimento mais específico para avaliar a natureza e a gravidade das doenças hepáticas, isto é, doenças que afetam o fígado. Consiste na obtenção de pequenos fragmentos (mm) de tecido hepático, os quais são posteriormente analisados pelos anatomo-patologistas (histologia patológica).

As biópsias hepáticas são geralmente realizadas via percutânea (através da pele), guiada por Ultrassonografia ou Tomografia Computadorizada.

Quais as indicações da biópsia hepática?

Regra geral recomenda-se uma biópsia hepática quando os resultados da mesma influenciam as orientações terapêuticas. Algumas das indicações mais comuns são:

- Hepatite crônica B e C;
- Cirrose biliar primária;
- Hepatite auto-imune;
- Esteato-hepatite não alcoólica;
- Colangite esclerosante primária;
- Hemocromatose.

Conduta pré-biópsia:

Antes da biópsia o estudo de coagulação (reflete como o sangue do paciente coagula). Um estudo da coagulação normal é importante para prevenir a hemorragia pós-biópsia.

O paciente não deve tomar medicamentos que aumentem o risco de hemorragia: aspirina ou qualquer anti-inflamatório e hipocoagulantes. O melhor é mostrar ao seu médico toda a medicação que toma. Este lhe dirá, como e quando suspender tais medicações, se necessário for. No dia da biópsia não coma ou beba nada nas 6 horas anteriores ao exame. Se regressar à casa no mesmo dia, deverá fazê-lo acompanhado.

Durante o procedimento:

Durante a execução da biópsia o paciente fica deitado, com a barriga para cima ou para o lado. O médico localiza o melhor local para a realização da mesma. O sítio (local) é marcado. A pele é desinfetada e um anestésico local é injetado na pele. O paciente sentirá apenas uma sensação de picada. Um pequeno corte na pele (poucos milímetros) é feita para que a agulha de biópsia seja facilmente introduzida.



GRUPOIMNE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA

Conduta pós-biópsia:

O paciente deve deitar-se sobre o seu lado direito, pressionando o local da biópsia com consequente diminuição do risco de hemorragia (pelo menos por 2 horas).

Complicações:

A biópsia é um procedimento seguro. Só 2% a 3% dos doentes necessitam de hospitalização devido a complicações. As mais comuns são:

- Dor: cerca de 25% dos doentes referem dor no local da biópsia ou no ombro direito. É passageiro e refere-se a analgesia;
- Hemorragia: hemorragia significativa ocorre em 0,3% dos doentes, tornando-se clinicamente aparente nas primeiras horas após o procedimento. Pode tornar-se necessária transfusão sanguínea. A hemorragia geralmente para de forma espontânea;
- Peritonite biliar: Os ductos biliares que contém bile podem ser picados inadvertidamente e a saída de bile para o abdômen causa uma irritação chamada de peritonite biliar. Geralmente também tem solução espontânea;
- Perfuração: a agulha pode accidentalmente perfurar órgãos adjacentes como o rim e intestino delgado, o que felizmente, é uma ocorrência rara.

Quais os cuidados a ter após a realização da biópsia hepática?

Além de repouso no dia do exame, deve fazê-lo de forma regressiva nos próximos 5 a 7 dias. Não se deve realizar esforços pesados, necessário atenção à medicações (anti-inflamatórios/hipocoagulantes) para não serem tomados. Os seguintes sintomas devem ser comunicados de imediato:

- Dor severa no local da biópsia ou no ombro direito;
- Dificuldade respiratória;
- Dor torácica;
- Dor abdominal;
- Hemorragia no local;
- Febre.

Demais esclarecimentos ou dúvidas serão prestados pelo médico radiologista no momento do procedimento.



GRUPOIMNE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA

O presente termo de consentimento esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente _____. Quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento de BIÓPSIA GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA ao(s) qual(is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviço do Hospital Geral Dr. Beda.

A autorização deverá ser preenchida pelo paciente e/ou responsável

Eu, _____ inscrito no CPF sob o nº _____
() paciente () responsável: grau de parentesco: _____,
autorizo a realização do exame de Biópsia Hepática que foi solicitado pelo médico.

Declaro que:

1– Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas ao(s) procedimento(s), após ter discutido e analisado com a equipe técnica os principais riscos e complicações do(s) exame(s) específico(s) a minha condição clínica, bem como de ter lido e compreendido todas as informações deste documento antes de sua assinatura;

2– Também fui informado (a) que as Biópsias guiadas por Ultrassonografia, independente de todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica a ser utilizada, sempre envolvem riscos que pode levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, inclusive após a sua realização. Razão pela qual autorizo a equipe médica a realizar, nesses casos, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou outra patologia;

3- Estou ciente que é um procedimento utilizado para a retirada de fragmentos ou líquido de um local ou área solicitado por meu Médico, é realizado por via percutânea (através da pele) guiado por Ultrassonografia. O Médico analisa o coagulograma (Exame de sangue) e medicamentos que alteram a coagulação sanguínea (AAS, Clopidogrel, Clexane, Xarelto entre outros) importante para prevenir a hemorragia pós-procedimento, o jejum deve ser de 6 horas antes do exame;



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA

4- Estou ciente que durante o procedimento ficarei deitado, o médico localizará e fará a marcação do melhor local para a realização do mesmo. Será feita assepsia da pele, realizado anestesia local, uma pequena incisão na pele (poucos milímetros) para a agulha de Biopsia ser facilmente introduzida;

5- As complicações mais comuns são dor no local do procedimento e hemorragia que pode ocorrer nas primeiras horas após o procedimento.

Campos dos Goytacazes, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável

Assinatura do médico/CRM

Código de Ética Médica – Art. 22º. É vedado ao médico 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. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou 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. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA

ORIENTAÇÕES PARA BIÓPSIA HEPÁTICA

Dr _____ Data _____ / _____ / _____ Hora: _____ : _____

- **TRAZER COAGULOGRAMA RECENTE DE NO MÍNIMO 30 DIAS;**
- **VIR ACOMPANHADO;**
- **TRAZER TODOS OS EXAMES ANTERIORES;**
- **JEJUM DE 6 HORAS ANTES DO PROCEDIMENTO;**
- **SE FIZER USO DE MEDICAÇÕES COMO ANTI-INFLAMATÓRIO, ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS (Aspirina, AAS, Melhoral, Somalgin ou outras medicações que contenham ácido acetilsalicílico) e ANTICOAGULANTES (Maremar, Marevan, Plavix e Ticlopidina, entre outros), NECESSÁRIO SUSPENDER POR 7 DIAS ANTES DO PROCEDIMENTO, COM ORIENTAÇÃO MÉDICA. OUTROS MEDICAMENTOS DE USO HABITUAL PODEM SER UTILIZADOS NORMALMENTE;**
- **POSSUI ALGUM TIPO DE ALERGIA? () SIM () NÃO**

Qual _____

Obs.: Caso possua algum tipo de alergia informar ao médico no ato do procedimento.