



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PUNÇÃO DE TIREÓIDE VIA 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 Punção de Tireóide 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.

Seu médico solicitou punção dirigida por ultrassonografia na intenção de esclarecimento de determinada imagem ou nódulo. Antecipadamente agradecemos a confiança em nosso Serviço de Diagnóstico por Imagem, para a realização do seu exame.

Este procedimento é comumente realizado em órgãos da tireóide, glândulas salivares e região cervical. Consiste em introduzir uma agulha até a lesão do órgão estudado, dirigida por ultrassonografia e aspiração para exame cito patológico ou retirada de pequeno(s) fragmento(s) para avaliação histopatológica.

A autorização deverá ser preenchida pelo paciente e/ou responsável

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

Estou ciente que:

1. O procedimento de colheita do material é habitualmente bem tolerado pelos pacientes, com dor ou incomodo semelhante a uma injeção local suportável;
2. Normalmente as punções aspirativas de tireóide são isentas de complicações. Entretanto raramente poderão ocorrer pequenos hematomas e/ou infecção no local. Diante de tais anormalidades o seu médico e o serviço deverão ser comunicados;
3. Em um raro percentual de pacientes, apesar da técnica de punção/biópsia adequada, o laboratório relata material inadequado, insuficiente ou solicita mais material. Nestas circunstancias pode ser necessário realização de novo procedimento.



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO PARA PUNÇÃO DE TIREÓIDE VIA
ULTRASSONOGRAFIA**

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

Campos dos Goytacazes, ____ de ____ de 20 ____.

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável

Assinatura do médico/CRM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PUNÇÃO DE TIREÓIDE VIA ULTRASSONOGRAFIA

ORIENTAÇÕES PARA PUNÇÃO DE TIREÓIDE

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

- VIR ACOMPANHADO (apenas pacientes menores de idade e idosos)
- **TRAZER TODOS OS EXAMES ANTERIORES;**
- 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;

- A AVALIAÇÃO DO MATERIAL É OUTRO PROCEDIMENTO E FEITO POR LABORATÓRIO DE CITOLOGIA (caso seja particular, não está incluso no valor pago);
- NÃO É NECESSÁRIO JEJUM, PODE ALIMENTAR-SE NORMALMENTE.
- **POSSUI ALGUM TIPO DE ALERGIA? () SIM () NÃO**
Qual? _____

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