

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

BIÓPSIA PROSTÁTICA TRANSRETAL POR AGULHA

Eu, abaixo assinado, autorizo o doutor (a) _____ e/ou os seus assistentes a realizar "Biópsia Prostática Transretal por agulha". Estou ciente que irei me submeter a uma biópsia de PRÓSTATA.

Descrição: Punção realizada com uma pequena agulha que será colocada na área suspeita para ver se existem células cancerosas ou não. Esta área será localizada através de um transdutor de ultra-som que será introduzido no meu reto.

Riscos e Complicações: Estou ciente que com a biópsia é possível ocorrerem alguns riscos ou complicações durante ou depois do procedimento e que incluem:

1. Perda de sangue pela urina e/ou fezes,
2. Infecção,
3. Dor ao urinar,
4. Retenção urinária que pode requerer sondagem vesical

Infecção relacionada à assistência à saúde: A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Estou ciente que não existe total garantia ou segurança dos resultados deste procedimento ou da cura da minha atual condição. Reconheço que pode haver câncer apesar de não ser encontrado nesta biópsia. Biópsia adicional pode estar indicadas futuramente. Estou ciente que qualquer tecidos ou partes removidas serão utilizados de acordo com a prática médica para esclarecimento da minha condição clínica. Certifico que o meu médico ou os médicos listados acima me esclareceu sobre a natureza e características do tratamento proposto e dos possíveis riscos atualmente conhecidos, das complicações e dos benefícios precoces envolvidos no procedimento. Diante do exposto, eu _____, com _____ filhos, RG _____, idade _____ anos, tendo sido esclarecido em todos meus questionamentos de forma clara e satisfatória e após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, informo meu CONSENTIMENTO de aceitação de ser submetido ao procedimento por minha livre e espontânea vontade.

Ribeirão Preto (SP) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____
RG/CPF: _____

Ass. Medico Assistente

Nome: _____
CRM: _____ UF: _____

Ass. Testemunha

Nome: _____
RG/CPF: _____

Ass. Testemunha

Nome: _____

Código de Ética Médica – Art. 22. 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. 34. 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.