

Termo de Consentimento para a Biópsia Hepática (2 Vias)

Eu, _____, paciente ou responsável legal, RG nº _____, CPF nº _____, autorizo o Corpo Clínico da iGastroProcto a realizar o procedimento denominado Biópsia Hepática, conforme descrito neste termo.

1. O que é a Biópsia Hepática?

A biópsia hepática é um procedimento utilizado na investigação de doenças do fígado para esclarecimento diagnóstico. Consiste na retirada de um pequeno fragmento do fígado (aprox. 1-2 cm) com o uso de uma agulha fina.

2. Como é realizado o procedimento?

- Inicialmente, o paciente é posicionado em decúbito dorsal no leito. Logo após, é feita a limpeza de pele com produtos apropriados (como Clorexidina a 2%) para a remoção do excesso de bactérias do local da punção.
- Realiza-se ultrassonografia do fígado para escolha do melhor local da punção.
- Aplica-se anestesia local (na pele e tecido subcutâneo) no local da biópsia.
- A agulha é introduzida rapidamente para retirada do fragmento, em apenas alguns segundos.
- Após o procedimento, o paciente permanece em observação hospitalar por cerca de 6 horas, com monitorização.
- Recomenda-se repouso e evitar grandes esforços nas próximas 24 horas.

3. Quais são os riscos?

A biópsia hepática é um procedimento seguro, com baixa taxa de complicações. O principal risco é o sangramento interno (no fígado ou abdome), motivo pelo qual o exame só é realizado após exames prévios de coagulação (plaquetas e INR). Outros riscos menos comuns incluem dor local, hematoma, reação ao anestésico ou, em casos muito raros, necessidade de transfusão ou cirurgia de urgência.

4. Cuidados após o procedimento

- Repouso por 6 horas em ambiente hospitalar.
- Evitar dirigir ou realizar esforços físicos no mesmo dia.
- Nas 24h seguintes, repousar e evitar atividades intensas.
- Procurar assistência médica em caso de dor abdominal intensa, tontura, falta de ar ou sangramento.

5. Declarações legais

- Estou ciente de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento antes do exame.
- Estou ciente de que os dados e resultados deste exame serão mantidos em sigilo, conforme normas de ética médica e legislação vigente.

- Estou ciente de que os médicos poderão adotar condutas adicionais, se necessárias, visando minha segurança e benefício.

Declaro, ainda, que tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas com o médico responsável e que fui informado sobre alternativas diagnósticas e terapêuticas.

Ribeirão Preto, de de 20__.

Nome do paciente ou responsável

Médico responsável

RG ou CPF: _____