



**DR. DANIEL BRITTO**  
**DR FELIPE MASSOTE**

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

## TORACOCENTESE E BIÓPSIA PLEURAL

CONSENTIMENTO INFORMADO:

POR ESTE INSTRUMENTO PARTICULAR OU SEU RESPONSÁVEL, SR.(A) DECLARA, PARA TODOS OS FINS LEGAIS, QUE DÁ PLENA AUTORIZAÇÃO AO MÉDICO RESPONSÁVEL E SUA EQUIPE, PARA EXECUTAR O TRATAMENTO CIRÚRGICO DESIGNADO “TORACOCENTESE E BIÓPSIA PLEURAL”, E TODOS OS PROCEDIMENTOS QUE O INCLUEM, INCLUSIVE ANESTESIA E OUTRAS CONDUTAS MÉDICAS QUE O TRATAMENTO POSSA REQUERER, PODENDO O REFERIDO PROFISSIONAL VALER-SE DO AUXÍLIO DE OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. DECLARA, IGUALMENTE, QUE O REFERIDO MÉDICO, ATENDENDO AO DISPOSTO NO ART. 59 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E APÓS A APRESENTAÇÃO DE MÉTODOS ALTERNATIVOS, SUGERIU O TRATAMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO ANTERIORMENTE CITADO, DANDO INFORMAÇÕES DETALHADAS SOBRE O DIAGNÓSTICO E SOBRE OS PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS NO TRATAMENTO SUGERIDO E AGORA AUTORIZADO.

DEFINIÇÃO: A CIRURGIA “TORACOCENTESE E BIÓPSIA PLEURAL” A TORACOCENTESE CONSISTE NA PUNÇÃO PLEURAL PARA RETIRADA DE LÍQUIDO DA CAVIDADE PLEURAL E A BIÓPSIA PLEURAL CONSISTE NA RETIRADA DE FRAGMENTO PLEURAL, PARA ANÁLISE DIAGNÓSTICA REALIZADA EM REGIME HOSPITALAR, ANESTESIA LOCAL E INTERNAÇÃO DE 24 HORAS QUANDO NECESSÁRIO E PODENDO HAVER PROLONGAÇÃO NO TEMPO DE INTERNAÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS. CID J91.X C39.9

COMPLICAÇÕES MAIS COMUNS RELACIONADAS A ESTA CIRURGIA:

1. SANGRAMENTO.
2. PNEUMOTORAX.
3. PARADA CARDIORESPIRATÓRIA.
4. SÍNCOPE.
5. HEMOTÓRAX.
6. NECESSIDADE DE CIRURGIA.
7. ARRITMIAS.
8. LESÃO DE ÓRGÃOS ABDOMINAIS.
9. ENFISEMA SUBCUTÂNEO.
10. EDEMA DE PULMÃO REACIONAL.
11. DISPNEIA.
12. ÓBITO.
13. INFECÇÕES;
14. DOR CAUSADA PELO PROCEDIMENTO;
15. PROBLEMAS RELACIONADOS A ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E À ANESTESIA;;

DECLARA, AINDA, TER LIDO AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PRESENTE INSTRUMENTO, AS QUAIS ENTENDEU PERFEITAMENTE E ACEITOU, COMPROMISSANDO-SE RESPEITAR INTEGRALMENTE AS INSTRUÇÕES FORNECIDAS PELO MÉDICO, ESTANDO CIENTE DE QUE SUA NÃO OBSERVÂNCIA PODERÁ ACARREJAR RISCOS E EFEITOS COLATERAIS A SI (OU AO PACIENTE).

DECLARA, IGUALMENTE, ESTAR CIENTE DE QUE COM O TRATAMENTO ADOTADO NÃO HÁ GARANTIA DE CURA, E QUE A EVOLUÇÃO DA DOENÇA E DO TRATAMENTO PODEM OBRIGAR O MÉDICO A MODIFICAR AS CONDUTAS INICIALMENTE PROPOSTAS, SENDO QUE, NESTE CASO, FICA O MESMO AUTORIZADO, DESDE JÁ, A TOMAR PROVIDÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA TENTAR A SOLUÇÃO DOS PROBLEMAS SURTIDOS, SEGUNDO SEU JULGAMENTO. FINALMENTE, DECLARA TER SIDO INFORMADO A RESPEITO DE MÉTODOS TERAPÊUTICOS ALTERNATIVOS E ESTAR ATENDIDO EM SUAS DÚVIDAS E QUESTÕES, ATRAVÉS DE LINGUAGEM CLARA E ACESSÍVEL.

ASSIM, TENDO LIDO, ENTENDIDO E ACEITO AS EXPLICAÇÕES SOBRE AS VANTAGENS, OS RISCOS E COMPLICAÇÕES MAIS COMUNS DESTA PROCEDIMENTO, EXPRESSA SEU PLENO CONSENTIMENTO PARA A SUA REALIZAÇÃO.

MÉDICO RESPONSÁVEL

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

TESTEMUNHA