

BIÓPSIA POR AGULHA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ portador do CRM: _____ e/ou os seus assistentes a realizar Biópsia Prostática Transretal por agulha.

Estou ciente que irei me submeter a uma biópsia de PRÓSTATA. Ela deverá ser feita 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 ultrassom que será introduzido no meu reto.

Estou ciente que com a biópsia é possível ocorrerem alguns riscos ou complicações durante ou depois do procedimento e que incluem: perda de sangue pela urina e/ou fezes, infecção, dor ao urinar, retenção urinária que pode requerer sondagem vesical.

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 indicada futuramente.

Estou ciente que qualquer tecido ou parte removida será utilizada 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.

Estou ciente que qualquer aspecto deste consentimento informado que por acaso eu não tenha entendido pode ser explicado em maiores detalhes se eu questionar o meu médico ou os seus associados.

Atesto que este formulário foi explicado a mim e que eu o li (ou que o mesmo foi lido para mim) e que eu entendi o seu conteúdo. Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

MÉDICO

Nome:

CRM:

_____, ____ de _____ de _____.

TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO:

RG:

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

3ª via: Prontuário (*levar para o Hospital no dia do procedimento*).