

	CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI	TER-AMB-001
	TERMO	REV.02
	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ASPIRADO DE MEDULA ÓSSEA	PÁG 1/2

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico.

A medula óssea, encontrada no interior (parte oca) da maioria dos ossos, é responsável pela produção de células do sangue (hemácias, leucócitos e plaquetas). O aspirado da medula óssea (mielograma) é um procedimento para obter uma amostra da parte líquida da medula óssea.

▪ **PROCEDIMENTO:**

O procedimento de coleta da medula óssea é realizado por médicos hematologistas treinados e competentes na coleta. O médico será acompanhado por um técnico de laboratório, para auxiliar no posicionamento do paciente e na coleta do material.

O aspirado de medula óssea (mielograma) é realizado no esterno ou na crista ilíaca póstero-superior direita ou esquerda ("osso da bacia"), estando o paciente deitado em decúbito lateral.

O procedimento, dura, em média, 30 minutos. Inicia-se com a aplicação de anestesia local com Lidocaína (Xilocaina 2%). Este medicamento é o mesmo utilizado por dentistas e médicos, sendo considerado muito seguro. Excepcionalmente, pode ocorrer reação alérgica ao medicamento, como náusea, sonolência, depressão respiratória, convulsão, choque anafilático e arritmia cardíaca.

A colaboração do paciente é de fundamental importância na realização deste exame.

Raras vezes, o material obtido pode não ser adequado para a análise, havendo então necessidade de uma nova coleta. Estes casos, geralmente, estão relacionados com obesidade e consistência óssea.

As complicações decorrentes do exame são muito raras e geralmente não graves. Na literatura especializada são citados raros casos de hemorragia e infecção local. Também foram descritos raros casos, em pacientes portadores de osteoporose, de perfuração do osso ilíaco com hemorragia retroperitoneal.

Considerando que complicações, ainda que com baixa frequência, possam ocorrer independentemente da conduta e perícia do médico, todas e quaisquer despesas decorrentes da internação serão de responsabilidade do paciente, que toma conhecimento e concorda ao assinar o presente termo.

Qualquer dúvida a respeito do exame será esclarecida médico que realizará a coleta do material.

▪ **RISCOS E COMPLICAÇÕES:**

Procedimentos médicos são sujeitos a riscos. As complicações que podem surgir durante o procedimento de coleta de medula óssea como dor aguda local, sangramento local, fratura, quebra de agulha, perfuração de estruturas interna da pelve, infecção no local de punção, dor crônica no local são importantes, porém muito raras. Acidentes graves com coleta de medula óssea ocorrem em 0,001% das coletas. No caso de complicações graves, podem ser necessárias transfusões sanguíneas, internação em hospital e cirurgias de urgência. Para a realização do procedimento será utilizada anestesia local. Raramente pode ocorrer reação alérgica ao medicamento, ou efeitos adversos como náuseas, sonolência, depressão respiratória, convulsão, choque anafilático ou arritmia cardíaca. Durante a realização do procedimento poderão ocorrer intercorrências imprevistas ou casuais, não obstante técnicas e indicações apropriadas, com necessidade de procedimentos urgentes.

▪ **INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:**

Resultado de qualquer exame, para ser corretamente interpretado deve ser relacionado com uma série de outros dados, que só o se médico possui. Desse modo, qualquer dúvida em relação ao resultado do exame deve ser solucionada com o médico que solicitou. Declaro nesse ato que relatei ao médico responsável pelo procedimento acerca dos medicamentos que venho utilizando. Informei ainda de todas as doenças que tenho conhecimento e eventuais complicações, inclusive alergias. Declaro ter lido com atenção as declarações desse formulário e respondido corretamente as perguntas do questionário. Autorizo livre e conscientemente a realização do aspirado de medula óssea, inclusive a administração de medicações anestésicas.

▪ **PÓS EXAME:**

Orientado depois do procedimento Aspirado de Medula Óssea é aconselhável: permanecer em repouso no dia em que foi realizado o procedimento. Não há necessidade de alterações na alimentação, nem o uso de medicamentos. O curativo no local da picada pode ser retirado entre 8 e 12 horas após o exame, retorno imediato ao médico se houver qualquer alteração.

	CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI	TER-AMB-001
	TERMO	REV.02
	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ASPIRADO DE MEDULA ÓSSEA	PÁG 2/2

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Declaro, igualmente, estar ciente de que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

() PACIENTE	ASSINATURA: _____
	TERESINA/PI ____/____/____

() RESPONSÁVEL	NOME LEGÍVEL: _____
	CPF: _____ GRAU DE PARENTESCO: _____
	ASSINATURA: _____
	TERESINA/PI ____/____/____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o exame, os riscos e complicações, as orientações pré e pós exame. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico:

_____Teresina, PI ____/____/____