

BIÓPSIA PROSTÁTICA

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90, que dá plena **AUTORIZAÇÃO** a EQUIPE MÉDICA ESPECIALIZADA e/ou seus assistentes a **realizar uma biópsia prostática** (procedimento necessário para a investigação do câncer da próstata). Antes do procedimento **foi me explicado** sobre a necessidade da realização da biópsia porque o meu PSA estava elevado ou porque havia nódulo duro na minha próstata, **detectado durante o toque retal**. Também os médicos me esclareceram sobre o procedimento. (Disseram que ele é feito **sob anestesia de sedação anestesia mais leve**) e que é realizado através do reto, onde é introduzida uma sonda de ultra-sonografia **contendo uma agulha**. A ultra-sonografia serve para orientar o médico no momento de retirar os fragmentos da próstata (biópsia) com a agulha. Estes fragmentos retirados das partes da próstata são encaminhados para o laboratório onde serão estudados no microscópio, exatamente para procurar saber se trata de câncer da próstata ou se é benigno. Fui esclarecido também que o procedimento de biópsias **não é livre de complicações. Podem ocorrer sangramentos no reto, na urina ou na ejaculação, dor no local da biópsia, ou infecção (com febre)**. De qualquer maneira, fiquei certo de que se precisar posso entrar em contato com meu médico ou sua equipe a qualquer momento depois da biópsia. **Fiquei sabendo que depois do procedimento devo ir repousar em minha casa**. Posso retornar **ao meu trabalho no dia seguinte**, caso não ocorra problemas. Não posso me esquecer de que depois de receber o resultado da biópsia devo levá-lo ao meu médico para, dependendo do resultado, ele adotar o tratamento correto para o meu caso.

Estou ciente dos esclarecimentos acima e manifesto que desejo ser submetido à biópsia prostática por minha livre e espontânea vontade. Certifico que este documento me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

AUTORIZAÇÃO - CIENTE: Assinatura do Paciente, e ou acompanhante, responsável legal.

Nome Completo Legível _____

R.G.: _____ CPF _____

Ponte Nova - MG, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Médico (a) / Carimbo / CRM