

Eu, abaixo assinado, autorizo o Md: Reginaldo de Oliveira Rosa (CRM 19466) a realizar biópsia prostática (procedimento necessário para a investigação do câncer da próstata). Antes do procedimento foi me explicado sobre a necessidade da realização da biópsia. Também o médico me esclareceu sobre o procedimento, que poderá ser feito sob anestesia de sedação (anestesia mais leve), ou sob anestesia local, 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. Fui esclarecido também que o procedimento de biópsia não é livre de complicações. Podem ocorrer sangramentos no reto, na urina ou na ejaculação, dor no local da biópsia, ou infecção (com febre). Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário, pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste termo de consentimento. Fui orientado que depois do procedimento devo repousar, manter abstinência sexual por 2 dias, podendo retornar ao trabalho no dia seguinte, caso não ocorra problemas. E que se eu apresentar febre ou mal estar, devo procurar o plantão médico do hospital da minha cidade ou o local mais próximo. Após receber o resultado da biópsia devo levá-lo ao meu médico.

Diante do exposto, Eu _____, data de nascimento ____/____/____, com _____ filhos, RG _____, idade _____ anos, 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.

Para a realização do exame, devo vir com preparo adequado (previamente orientado) e com acompanhante que possa dirigir.

Nova Prata/RS, (dia)/(mês)...../(ano).....

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. _____

Nome: Reginaldo de Oliveira Ros

CRM: 19466 _____ UF: RS _____