

Quem recebeu as orientações e assina o termo: (  ) Paciente (  ) Responsável

Nome: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_, Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, Grau de parentesco: \_\_\_\_\_.

Endereço: \_\_\_\_\_.

Pelo presente termo, autorizo a realização de BIÓPSIA HEPÁTICA PERCUTÂNEA, sob os cuidados do(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CRM sob o n.º \_\_\_\_\_ e sua equipe.

O procedimento/tratamento indicado possui os seguintes riscos e conseqüências possíveis (mais comuns): DOR LOCAL OU EM OMBRO DIREITO, HIPOTENSÃO ARTERIAL, HEMORRAGIA (SUBCAPSULAR OU INTRA-HEPÁTICA), PNEUMOTÓRAX, NÃO OBTENÇÃO DE FRAGMENTO DE FÍGADO OU OBTENÇÃO DE FRAGMENTO INSUFICIENTE PARA ANÁLISE.

O paciente possui as seguintes condições pessoais que podem influenciar no resultado do procedimento/tratamento: \_\_\_\_\_

Declaro que recebi todas as informações quanto ao procedimento a que serei submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Também tive oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas e que não restou nenhuma dúvida. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo a realização de qualquer outro procedimento emergencial, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmo que recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse.

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, Hora: \_\_\_\_\_.

Assinatura \_\_\_\_\_.

**PELO MÉDICO:** Atesto que expliquei todo o procedimento a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, informando sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. Entendo que o paciente e/ou seu responsável compreendeu o que lhes foi informado.

Assinatura médico: \_\_\_\_\_.

Assinatura Testemunha (se houver): \_\_\_\_\_.