

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Pront: _____

Data de Nasc: ___/___/___ Gênero: M F Convênio: _____ Unidade: _____

Data da Realização: ___/___/___ Médico Responsável: _____

1. Estou ciente que serei submetido ao procedimento de Biópsia de próstata, realizado por via anal com a introdução de uma agulha no interior da próstata, guiada por ultrassonografia, com o objetivo de retirar alguns fragmentos, encaminhando-os para análise anatomopatológica. Os benefícios incluem o diagnóstico de um eventual tumor de próstata, sem alternativas atuais ao procedimento proposto. A não realização do procedimento implica em não se identificar um tumor maligno.^{1,2}
2. Estou ciente que, durante a realização do procedimento, há risco de sangramento devido a vascularização da área puncionada.
3. Estou ciente de que o procedimento tem os seguintes riscos potenciais:
 - Reações alérgicas às medicações utilizadas. A anafilaxia, que se refere à apresentação mais grave de alergia, ocorre entre 3 a 50 pessoas a cada 100000 (0,003 a 0,05%);^{3,4}
 - Flebite, termo que se refere à inflamação da veia, geralmente no local da medicação 1,8%;⁵

Complicações Imediatas:

- Sangramento retal (1 a 2,1%);
- Dor no local da biópsia;
- Hematúria, termo que se refere ao sangramento na urina (62%);^{6,7,8,9}
- Reações vaso-vagais, termo que se refere à queda de pressão arterial, tontura, vertigens (0,3 a 2,8%);^{6,7,8,9}

Complicações Tardias:

- Febre (2,9%);^{6,7,8,9}
- Hematospermia, termo que se refere à presença de sangue no esperma, nos dias que seguem a biópsia (9,8 a 22%);
- Hematúria persistente (7,2%);
- Infecção (1 a 3%);
- Prostatite aguda (1,8%);
- Urosepsis, termo que se refere à infecção sistêmica de foco urinário (0,1%).

4. Complicações graves são muito raras, mas podem levar a hospitalização prolongada, necessidade de repetição do procedimento, intervenção cirúrgica ou muito raramente levar a óbito.

5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6. Autorizo que os fragmentos retirados durante o procedimento de biópsia sejam encaminhados para exames complementares, entendendo que isto se faz necessário para o esclarecimento.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

Paciente Responsável (Grau de Parentesco):

Nome: _____

Assinatura: _____

Identidade N.o: _____

Itajubá, ____/____/____ Hora: ____:____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Deve ser preenchido pelo médico:

Nome: _____

Assinatura: _____ CRM: _____

Itajubá, ____/____/____ Hora: ____:____

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais:

Eu, _____

Identidade N.o _____

Responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento ambulatorial realizado no Hospital de Clínicas de Itajubá, até sua residência.

Assinatura: _____

Itajubá, ____/____/____ Hora: ____:____

Referências:

1. Siddiqui MM, Rais-Bahrami S, Turkbey B, George AK, Rothwax J, Shakir N, et al. Comparison of MR/Ultrasound Fusion-Guided Biopsy with Ultrasound-Guided Biopsy for the Diagnosis of Prostate Cancer. JAMA. 2015; 313(4):390-397. 2. Schwartz, LH, Basch E. MR/Ultrasound Fusion-Guided Biopsy in Prostate Cancer: What Is the Evidentiary Standard?. JAMA. 2015; 313(4): 367-368. 3. Liew WK, Williamson E, Tang ML. Anaphylaxis fatalities and admissions in Australia. J Allergy Clin Immunol. 2009; 123(2): 434-442. 4. Tang ML, Osborne N, Allen K. Epidemiology of anaphylaxis. Current Opinion in Allergy & Clinical Immunology. 2009; 9 (4): 351-356. 5. Webster J, McGrail M, Marsh N, Wallis MC, Ray-Barruel G, Rickard CM. Postinfusion Phlebitis: Incidence and Risk Factors. Nursing Research and Practice. 2014; article ID 691934. 6. Raaijmakers R, Kirkels WJ, Roobol MJ, Wildhagen MF, Schrder FH. Complication rates and risk factors of 5802 transrectal ultrasound-guided sextant biopsies of the prostate within a population-based screening program. Urology. 2002; 60 (5): 826-830. 7. Rietbergen JB, Kruger AE, Kranse R, Schröder FH. Complications of transrectal ultrasound-guided systematic sextant biopsies of the prostate: evaluation of complication rates and risk factors within a population-based screening program. [Review]. Urology 1997; 49(6): 875-880. 8. Djavan B, Waldert M, Zlotta A, Dobronski P, Dobronski P, Seitz C, Remzi M, et al. Safety and morbidity of first and repeat transrectal ultrasound guided prostate needle biopsies: results of prospective European prostate cancer detection study. [Review] J. Urol 2001; 166(3): 856-860. 9. Rodriguez, LV. Terris, MK. Risks and complications of transrectal ultrasound. Curr Opin Urol. 2000; 10(2): 111-116.