



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900  
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62  
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559  
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”  
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução  
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)  
COLETA DE LÍQUOR**

O (a) paciente ou seu (sua) responsável autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento “**COLETA DE LÍQUOR**”

- **Definição:** O Líquor, ou Líquido Cefalorraquidiano (LCR), é um líquido transparente e incolor produzido pelo cérebro. Ele fica concentrado em parte da cabeça e na coluna. Sua análise é fundamental para o diagnóstico de doenças que atuam no sistema nervoso central. Sua coleta é realizada nas costas através de uma punção da região lombar com agulha descartável e, quando necessário, com administração de anestésico local (lidocaína).

Em situações especiais, o líquido pode ser coletado no pescoço na região da nuca (punção cisternal ou sub-occipital) conforme orientação do médico assistente e indicação clínica. A dor que acompanha a punção é semelhante à sensação ocorrida na coleta de sangue. Não é necessária sedação ou anestesia geral exceto em condições especiais para pacientes em ambiente hospitalar.

- **Complicações possíveis:** cefaleia ortostática (dor de cabeça ao se levantar), parestesias transitórias (sensação de choque e formigamento), dor local e infecção

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Após a punção lombar, é recomendável retornar diretamente para casa e permanecer em repouso absoluto por no mínimo duas horas e beber muito líquido. Neste dia, evitar deambulação. Aproximadamente 10% das pessoas, mesmo com esse cuidado, poderão sentir dor de cabeça ao ficar de pé. Essa dor pode ser forte e normalmente melhora ao deitar (cefaléia pós-punção). Não é possível prever quais os pacientes que vão sentir essa dor de cabeça.

2. Recebeu, através do médico, informações de forma clara do estado de saúde, da hipótese diagnóstica e evolução provável da doença, bem como a finalidade, os benefícios e os riscos do procedimento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento, tendo esclarecido as suas dúvidas.

3. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara de que o procedimento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900  
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62  
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559  
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”  
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução  
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)  
COLETA DE LÍQUOR**

4. Está ciente que deverá se inteirar dos fatos com o médico responsável e, havendo agravamento ou intercorrências da patologia, fica autorizado o médico responsável a contatar outros especialistas para o tratamento, conforme a necessidade.

5. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

6. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado.

7. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal (grau de parentesco):

\_\_\_\_\_

Nome do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Responsável: \_\_\_\_\_