



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

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) MIELOGRAMA E/OU BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA

O (a) paciente ou seu (sua) responsável autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento “**MIELOGRAMA E/OU BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA**”.

- **Definição:** A medula óssea, encontrada no interior (parte oca) da maioria dos ossos, é responsável pela produção das células do sangue (hemácias, leucócitos, plaquetas).

O **aspirado da medula óssea (mielograma)** é um procedimento realizado para obter uma amostra da parte líquida da medula óssea. A **biópsia de Medula Óssea** é um procedimento de retirada de um pequeno fragmento do osso da bacia. Ambas as amostras retiradas são analisadas ao microscópio para determinar se há alguma anormalidade no desenvolvimento das células sanguíneas, a causa das contagens baixas de elementos do sangue, confirmar diagnósticos, avaliar resposta a tratamentos e permitir exames adicionais.

Para a punção e/ou biópsia, uma agulha de aspiração é introduzida através da pele, na cavidade medular retirando a parte líquida da medula óssea. Após a remoção da agulha de aspiração, uma outra agulha (de biópsia) é introduzida no osso de maneira semelhante, obtendo pequeno fragmento ósseo. Após o procedimento, o paciente fica deitado de costas em observação durante 5-10 minutos.

- **Complicações possíveis:** infecção no local da punção, reação anafilática, fratura óssea, dano aos tecidos vizinhos (vasos sanguíneos, nervos, órgãos) e sangramento (pouco frequente). No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

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

1. 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.

2. 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.

3. 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.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

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)
MIELOGRAMA E/OU BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA**

4. 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.

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

6. 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: _____