TERMO DE CONSENTIMENTO PARA MIELOGRAMA E/OU BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA

O(a) paciente _____, ou seu responsável _____, declara(m), para todos os fins legais, que:

1) Fui informado(a) pelo médico de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) relativos ao meu estado de saúde:

_____

2) Compreendi haver necessidade da realização de ASPIRADO DE MEDULA ÓSSEA (MIELOGRAMA) e/ou BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA.

3) Recebi todas as explicações necessárias, em linguagem clara e acessível, quanto aos procedimentos em questão. Foram esclarecidos:

   - Que a medula óssea, encontrada no interior (parte oca) da maioria dos ossos, é responsável pela produção das células do sangue (hemácias, leucócitos, plaquetas).
   - **Objetivos:** o aspirado de medula óssea (mielograma) é um procedimento utilizado para obter uma amostra da parte líquida da medula óssea; a biópsia de medula óssea, por sua vez, fornece um pequeno cilindro do osso ilíaco com medula óssea no seu interior. Ambas as amostras 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.
   - **Descrição do procedimento:** A aspiração e a biópsia da medula podem ser realizadas em consultório, leito hospitalar e, menos frequentemente, em centro cirúrgico (sob sedação ou anestesia). Para a punção e/ou biópsia da crista ilíaca (osso da bacia situado abaixo da cintura), o paciente fica em decúbito lateral e a área a ser puncionada é limpa com solução antisséptica e anestesiada com anestésico local. A agulha de aspiração é inserida, através da pele, na cavidade medular, removendo a parte líquida da medula óssea. Após a remoção da agulha de aspiração, uma outra agulha, a agulha de biópsia, é introduzida no osso de maneira semelhante, obtendo pequeno fragmento ósseo. Após o procedimento, o paciente fica deitado de costas e monitorado durante 5 a 10 minutos.
   - **Riscos:** Embora incomuns, podem ocorrer sangramento e infecção no local da punção, reação anafilática, fratura óssea, dano aos tecidos vizinhos (vasos sanguíneos, nervos, órgãos).
   - **Alternativas:** não há alternativas senão a não realização do exame. Não realizar a aspiração e/ou biópsia da medula óssea pode impossibilitar o diagnóstico de uma doença subjacente, com potencial progressão e piora da condição médica.

4) Estou ciente de que, durante a realização da aspiração e/ou biópsia da medula óssea, poderão ocorrer intercorrências imprevistas ou fortuitas, não obstante técnica e indicações apropriadas, com necessidade de procedimentos urgentes não antecipados (ex.: transfusão de sangue). Consinto na realização de qualquer procedimento adicional julgado necessário durante o procedimento original e cujo retardo possa ocasionar danos adicionais.

5) Estou ciente de que não há garantia de resultados para o(s) procedimento(s) realizado(s) e/ou tratamento(s) com base neles efetuado(s).

6) Após ter lido e compreendido todas as informações constantes neste documento, discutido as questões levantadas e sentindo-me plenamente esclarecido(a) em todas as dúvidas, autorizo a

realização de ASPIRADO DE MEDULA ÓSSEA (MIELOGRAMA) e/ou BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA.

7) Esta autorização é dada ao(à) médico(a) _____, inscrito(a) no CRM/DF sob o nº _____, bem como ao(s) membro(s) de sua equipe e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir em meu benefício, de acordo com o seu julgamento quanto à necessidade de coparticipação.

8) Este Termo de Consentimento Informado e Esclarecido está de acordo com as disposições do Código de Ética Médica vigente a partir de 13 de abril de 2010, publicado no Diário Oficial da União em 24 de setembro de 2009, em especial com o que determina o artigo 22, Capítulo IV: "É vedado ao médico deixar de obter consentimento informado do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte."

Brasília-DF, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do(a) paciente ou responsável