



Consentimento informado, esclarecido e livre para:

PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA, GUIADA POR ECOGRAFIA

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento e verifique se todas as informações estão corretas. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

A **Punção Aspirativa com Agulha Fina (PAAF)** é um procedimento que consiste em extrair uma amostra representativa de uma determinada lesão a fim de se proceder a uma análise citológica, com o objetivo de chegar a um diagnóstico, evitando a necessidade de uma intervenção cirúrgica.

A PAAF realiza-se mediante punção da mama/gânglio, onde se utiliza uma agulha fina. O número de punções será o necessário para obter suficiente material para diagnóstico.

Neste procedimento o utente será posicionado de forma a permitir ao médico radiologista o melhor acesso à região a puncionar (normalmente em decúbito e o mais confortável possível para o utente).

Após posicionamento do utente, e antes de iniciar a punção da lesão, a pele é desinfetada (com iodopovidona – em caso de hipersensibilidade o utente deverá informar o técnico de radiologia e/ou médico radiologista), e posteriormente será introduzida uma agulha fina conectada a uma seringa.

As lesões a puncionar podem ser palpáveis ou não palpáveis (identificadas por ecografia e/ou mamografia) e a duração do procedimento é variável, dependendo da localização da lesão e número de punções necessárias para obter material suficiente para diagnóstico.

A PAAF pretende assim ajudar a um diagnóstico conclusivo tanto de lesões benignas como malignas.

Efeitos Adversos / Indesejáveis e Precauções

Por norma a PAAF é um procedimento bem tolerado pelos utentes.

Depois da punção é normal que surja um hematoma, normalmente de reduzida dimensão, e que desaparece em poucos dias.

Se o utente se encontrar a fazer terapêutica anticoagulante deverá informar o técnico de radiologia e/ou médico de radiologia antes do início do procedimento, por forma a se poderem adoptar medidas preventivas adequadas.

É extremamente raro complicações como o aparecimento de processos infecciosos, bem como a ocorrência de pneumotórax (presença de ar no espaço pleural - pela punção indesejada do pulmão com probabilidade de ocorrência, segundo estudos de 0,096/1000) decorrentes da PAAF.

Após o procedimento o utente poderá retomar de imediato a sua vida normal. Se existir dor na região puncionada poderá tomar analgésicos que não contenham ácido acetilsalicílico, bem como aplicar gelo localmente.

O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Confirmando que expliquei pessoal e diretamente ao doente ou ao seu representante legal, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome: _____ Nº Mec.: _____

Assinatura: _____ Data: ___/___/20__

O DOENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Declaro que li e compreendi a informação facultada relativa ao procedimento denominado por Punção Aspirativa com Agulha Fina, designado por PAAF, bem como os seus possíveis efeitos adversos. Tive oportunidade de perguntar e esclarecer as minhas dúvidas com o técnico de radiologia e/ou médico radiologista e **dou o meu consentimento** para que me seja realizado o referido procedimento.

O doente

O familiar / representante legal – Parentesco _____

Nome: _____

Nº BI /CC: _____ Validade: ___/___/20__

Assinatura: _____ Data: ___/___/20__

RECUSA DO PROCEDIMENTO MÉDICO

Tomei conhecimento e recuso que me seja realizado o procedimento designado por PAAF.

O doente

O familiar / representante legal – Parentesco _____

Nome: _____

Nº BI /CC: _____ Validade: ___/___/20__

Assinatura: _____ Data: ___/___/20__

CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO

Devido ao estado clínico do doente, ou à emergência/risco de morte, não foi possível fornecer ao doente/representante legal, em tempo útil, as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado.

O médico requisitante: _____ Nº Mec.: _____

Assinatura: _____ Data: ___/___/20__

O médico radiologista: _____ Nº Mec.: _____

Assinatura: _____ Data: ___/___/20__

Nota: Este documento é feito em 2 vias – uma para o processo clínico e outra para ficar na posse de quem consente.