

**1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF.: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data do Atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Nome do Médico Solicitante: \_\_\_\_\_

Exame solicitado: \_\_\_\_\_

**2 – DO EXAME**

Declaro minha ciência e livre assentimento quanto a realização da PAAF (Punção aspirativa por agulha fina), que é um procedimento utilizado para se retirar células do tecido que será examinado sob microscópio e identificará as causas ou o estágio da doença.

Estou ciente de que o procedimento é quase isento de riscos, mas raramente pode-se observar um sangramento autolimitado, que pode provocar dor local ou mancha arroxeadada na pele (hematoma).

O risco de sangramento está aumentado em pacientes portadores de problemas de coagulação, como cirrose avançada ou hemofilia, ou em uso de medicamentos inibidores da coagulação, ou ainda anti-inflamatório não esteroides.

Sendo este procedimento para **DIAGNÓSTICO**, sei que o mesmo **NÃO TEM O OBJETIVO DE CURAR** quaisquer doenças que porventura existam no órgão/região examinada.

Certifico que o médico responsável pela realização do exame abaixo assinado me esclareceu sobre as características do exame proposto, sobre os benefícios e os possíveis riscos.

Certifico que realizei o preparo adequado, de acordo com as orientações que me foram passadas, como a suspensão de anti-inflamatórios não esteroides (Aspirina, AAS, Somalgin Cardio, Buferin, Voltaren, Diclofenaco, etc) por pelo menos cinco dias; suspensão do uso de anticoagulantes (Marevan, Marcoumar, etc) por pelo menos cinco dias; suspensão do uso de heparina (Liquemine) ou enoxaparina (Clexane) injetável por pelo menos **12 horas**; de acordo com orientação/autorização do meu médico. Não devo interromper o uso de anti-hipertensivos (medicamentos para pressão alta) ou antibióticos antes e durante e após a realização do exame.

Estou ciente de que o médico responsável pelo procedimento está à disposição para o esclarecimento de quaisquer que sejam as minhas dúvidas sobre o exame, desde que tais informações sejam possíveis de acordo com a prática médica e os dados da literatura disponíveis até o momento.

Atesto que este formulário foi explicado a mim e que o li (ou que o mesmo foi lido para mim). Tendo compreendido todas as informações expostas, autorizo a realização da **Punção Aspirativa por Agulha Fina.**

\_\_\_\_\_  
Nome do paciente/RG

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico executante