



TERMO DE ESCLARECIMENTO E AUTORIZAÇÃO PARA MIELOGRAMA, CARIOTIPO E IMUNOFENOTIPAGEM (MIELO, IMUNO, BAND, BAND3)

O que é este procedimento?

Trata-se de um procedimento para avaliação de medula óssea. É realizada anestesia local e com a utilização de uma agulha, se obtém uma amostra líquida (aspirado) da medula óssea.

Para que serve?

Investigação de anormalidades no sangue, com este material será possível realizar as análises específicas solicitadas por seu médico.

Qual é o preparo para a realização do aspirado de medula óssea?

Embora não se recomende a suspensão de medicações é importante relatar ao médico no ato do procedimento as medicações que faz uso habitual. É importante que o paciente entenda previamente como é realizado o exame e seus riscos. Além disso, sugerimos, que o paciente, no dia do exame, venha acompanhado.

Existe alguma contraindicação para realizar esse procedimento?

Pessoas alérgicas a anestesia com lidocaína 2% sem vaso constritor não devem realizar este procedimento e devem informar ao seu médico. No ato da coleta, informe ao médico se você já realizou cirurgias cardíacas ou de quadril ou se tem anormalidades no tórax.

Como é realizado o exame?

O exame é realizado por um médico hematologista. O paciente fica posicionado em decúbito dorsal (deitado com peito para cima) ou em decúbito lateral (deitado de lado) com o quadril fletido em direção ao peito (posição fetal). O local do exame é o osso esterno (osso do peito) ou íliaco posterior (osso da bacia). Inicia-se com limpeza da pele e logo em seguida anestesia local. Depois utiliza-se agulha especial que perfura o osso e por meio da qual são coletados o aspirado ósseo. Após a retirada da agulha é feito um curativo.

Necessidade de nova coleta

Em geral a primeira coleta é suficiente para análise, entretanto, em alguns casos, o material é insuficiente para obtenção do resultado, sendo necessária uma nova tentativa durante o mesmo ato ou uma nova coleta posterior.

Riscos do procedimento

Embora pouco frequentes, podem ocorrer algumas complicações, como: sangramentos locais ou hematomas, dor local após passar o efeito da anestesia e infecções locais (em ocorrência muito rara uma vez que o material utilizado na punção é totalmente descartável). Para realização do procedimento, será empregada anestesia local. Muito raramente pode ocorrer reação alérgica ao medicamento ou efeitos adversos como náuseas, sonolência, depressão respiratória, convulsão, choque anafilático e arritmia cardíaca.

Nome do paciente: _____ Data de Nasc. ____/____/____



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E
AUTORIZAÇÃO PARA MIELOGRAMA,
CARIÓTIPO E IMUNOFENOTIPAGEM (MIELO,
IMUNO, BAND, BAND3)**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro ter lido com atenção as informações deste formulário e respondido corretamente as perguntas acima. Autorizo livre e conscientemente a realização da biópsia de medula óssea, inclusive a administração de medicações anestésicas. Bem como, foi-me dada a oportunidade para retirar eventuais dúvidas. Desse modo, por estar plenamente esclarecido (a), não restando nenhuma dúvida, dou a minha autorização e o meu consentimento para que possa ser realizado o exame de mielograma, cariótipo medular ou Imunofenotipagem medular.

Declaro que foi-me dada a oportunidade de revogar esse consentimento, com as suas devidas explicações do que representa esta minha decisão.

- Estou de acordo com a realização do exame
- Não autorizo a realização do exame

Data ____/____/____

Cliente _____ RG _____

Testemunha _____ RG _____

Médico _____ CRM _____

Assinatura do
paciente _____

Responsável _____

Grau de parentesco: _____

Obs.: Realizar em 2 vias