



ETIQUETA DO UTENTE

N.º de Processo/SNS: \_\_\_\_\_

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Descrição da situação clínica: Biópsia (“fechada percutânea”) guiada por imagem**

**1. Descrição da situação clínica:** O(a) utente apresenta uma alteração anatómica ou lesão suspeita num órgão, cuja caracterização exige obtenção de material biológico para estudo citológico, histológico e, quando aplicável, microbiológico, com vista ao esclarecimento diagnóstico e à definição da orientação terapêutica mais adequada. A biópsia percutânea guiada por imagem constitui uma técnica reconhecida para o estudo de lesões selecionadas, permitindo estabelecer a natureza benigna ou maligna da lesão, caracterizar o seu tipo histológico ou obter material para exclusão ou confirmação de infeção.

**2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:** Trata-se de um procedimento invasivo, habitualmente realizado em regime de ambulatório ou de hospital de dia, no qual uma agulha é introduzida através da pele e orientada por tomografia computadorizada ou outro método de imagem até ao órgão ou lesão a biopsar. Após cuidados antisépticos e administração de anestesia local e/ou intravenosa, podem ser realizadas aquisições sucessivas de imagem para planear e confirmar o trajeto da agulha, seguindo-se a colheita de uma ou mais amostras de tecido ou células; no final, a agulha é removida, é efetuado penso local e o(a) utente permanece em vigilância clínica durante um período variável, de acordo com o órgão biopsado e o risco de complicações.

**3. Benefícios:** Este procedimento permite obter material biológico essencial ao diagnóstico, contribuindo para confirmar ou excluir doença neoplásica, inflamatória, infecciosa ou outra patologia do órgão em causa. A orientação por tomografia computadorizada permite selecionar um trajeto mais seguro e aumentar a probabilidade de sucesso diagnóstico, reduzindo a necessidade de procedimentos cirúrgicos mais invasivos.

**4. Riscos graves e riscos frequentes associados ao ato/intervenção:** Todos os procedimentos invasivos comportam riscos, ainda que a biópsia percutânea guiada por imagem seja globalmente considerada segura quando realizada com orientação imagiológica adequada. As principais complicações possíveis incluem dor local, hemorragia, hematoma, infeção, lesão inadvertida de estruturas adjacentes e amostra insuficiente ou não diagnóstica, podendo, em alguns casos, ser necessário repetir o procedimento. Os riscos específicos variam conforme o órgão biopsado, estimando-se globalmente que as complicações major e minor das biópsias percutâneas guiadas devem manter-se, respetivamente, abaixo de 2% e 10%. Sendo um procedimento guiado por tomografia computadorizada, existe também exposição a radiação ionizante, cuja magnitude depende da região anatómica estudada e do número de aquisições necessárias. A exposição médica à radiação é justificada pelo benefício esperado do procedimento, devendo a dose ser mantida tão baixa quanto razoavelmente possível.

**5. Atos/intervenções alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas:**

As alternativas dependem do órgão e da lesão em estudo, podendo incluir vigilância imagiológica, biópsia aberta cirúrgica.

**6. Riscos da não realização do tratamento/procedimento:** A não realização da biópsia pode impedir ou atrasar o diagnóstico definitivo, comprometer o estadiamento, atrasar o início do tratamento adequado e limitar a definição da melhor estratégia terapêutica. Em algumas situações, a ausência de confirmação histológica ou citológica poderá obrigar à manutenção de incerteza diagnóstica ou à adoção de alternativas potencialmente menos adequadas.

**Informação útil adicional para complementar o consentimento:** O exame é, em regra, realizado em regime ambulatório ou de hospital de dia, podendo o(a) utente regressar a casa no próprio dia, após vigilância clínica adequada. Após o procedimento, poderá ser necessário período de observação para deteção precoce de complicações, nomeadamente hemorragia, dor ou outras intercorrências. Em algumas situações, o médico pode considerar necessário ajustar medicação, nomeadamente terapêutica antiagregante ou anticoagulante, consoante o risco hemorrágico e o tipo de biópsia a realizar.

*Informação mais detalhada está disponível nos folhetos informativo e no sítio da ULSLO  
(<https://www.chlo.min saude.pt/index.php/serviço de neurorradiologia>)*

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e compreensível, os procedimentos necessários ao ato/intervenção referido neste documento. Respondi a todas as 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 legível do profissional de saúde \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Contacto institucional \_\_\_\_\_

N.º céd. profissional ou n.º mec. \_\_\_\_\_

*Este documento é feito em duas vias originais (uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente).*



**Ao utente/representante legal:**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, por favor assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não serei prejudicado nos meus direitos assistenciais se recusar esta solicitação e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Declaro que me foi entregue, em mão, um duplicado do presente documento de consentimento informado, em suporte físico, devidamente assinado por mim e pelo profissional de saúde responsável.

Dou o meu consentimento para que naqueles atos médicos participem e assistam outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos em período formativo.

**Autorizo/Não autorizo** (*riscar o que não interessa*) o ato/intervenção indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

**Autorizo/Não autorizo** (*riscar o que não interessa*) o registo de imagens, fotográfico ou filmado e a sua utilização, assim como de outra documentação, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados, para fins de investigação científica ou de ensino, após devidamente anonimizados e autorizados, de acordo com o tipo de Estudo, por um ou vários dos seguintes Órgãos: Direção do Serviço, Coordenação da Unidade Funcional, Comissão de Ética em Saúde e Serviço de Inovação e Investigação Clínica da ULSLO.

Nome ..... Data    /    /    Assinatura .....

Se não for o próprio a assinar por idade ou incapacidade, este documento deve ser assinado abaixo por representante legal (ressalva-se que no caso de menor com 16 ou mais anos e capacidade para compreender a informação transmitida, este documento deve ser igualmente assinado pelo próprio após a secção autorizo/não autorizo).

Nome ..... N.º Doc. Identificação ..... Validade    /    /

Parentesco ou tipo de representação ..... Assinatura .....



*Este documento é feito em duas vias originais (uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente).*