

DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA

PREPARO DE EXAME

PUNÇÃO DE NÓDULO DE TIREÓIDE GUIADO POR ULTRASSONOGRAFIA (PAAF)

I. Informações sobre o exame

- O procedimento consiste na aspiração de nódulo tireoidiano com agulha fina, guiado por ultrassonografia.
- Não são utilizados anestésicos no local da punção.
- O material obtido durante a realização do procedimento será posteriormente encaminhado ao laboratório de análises citológicas

II. Critérios para realização

- O procedimento é realizado somente após a apresentação de pedido médico.
- Pacientes menores de 18 anos deverão comparecer ao ambulatório na presença de um adulto responsável.
- Caso o paciente possua resultados de exames anteriores os mesmos deverão ser apresentados.

III. Observação

- Ocasionalmente observa-se sangramento autolimitado, que pode provocar dor local ou mancha arroxeadada na pele (hematoma).
- Ocasionalmente pode ser necessária a realização de drenagem cirúrgica.
- É necessário avisar o radiologista sobre o uso de drogas ou remédios anticoagulantes, inclusive a aspirina ou AAS.
- Pode ocorrer necrose do nódulo puncionado e, por consequência, ser necessária sua retirada cirúrgica.
- Em casos de insuficiência de material, o procedimento deverá ser realizado novamente de acordo com as informações e critérios supracitados.

DECLARAÇÃO

Pelo presente, declaro que fui esclarecido por este documento e orientado pela equipe de Ultrassonografia do AME - Jales sobre a realização da punção de nódulo de tireoide guiado por ultrassonografia (PAAF) e suas possíveis complicações.

Estando consciente das etapas de realização do procedimento e de seus riscos, declaro concordar com sua realização.

Nome do Paciente: _____

RG: _____

Nome do Responsável: _____

Grau Parentesco: _____

RG: _____

_____, ____ de _____ de ____.

DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA

PREPARO DE EXAME

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – USO DE ANTICOAGULANTE E/OU ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO

Eu, _____ declaro que fui esclarecido por este documento e orientado pela equipe do AME de Jales, sobre a necessidade de suspender o uso de Anticoagulante ou Antiagregante Plaquetário, a fim de prevenir complicações durante a realização do procedimento diagnóstico ou terapêutico. Desta forma, me comprometo em consultar o médico responsável pelo meu tratamento e trazer a autorização do mesmo quanto à suspensão das medicações. Portanto, estou ciente da importância de seguir as devidas orientações e caso não for possível à suspensão dos medicamentos relacionados, a critério do médico do AME, meu exame poderá ser cancelado.

Paciente que utilizam medicações como:

Antiagregantes Plaquetários: PLAVIX, REAPRO, TICLID, AGRASTAT, ISCOVER ou AASS. (Suspender o medicamento 7 dias antes do procedimento).

Anticoagulantes: MAREVAN, MARCOMAR ou COUMADIN. (Suspender o medicamento 3 dias antes do procedimento).

Anticoagulantes Injetáveis: HEPARINA, CLEXANE ou FRAXIPARINA. (Suspender 3 dias antes do procedimento).

Nome Legível: _____

Assinatura do Paciente: _____

Assinatura / Carimbo / Data (Médico): _____

Avise caso não possa comparecer ao exame, para que outro paciente possa ser atendido. Se o seu atendimento foi agendado pela Unidade Básica de Saúde, procure a mesma para cancelar e reagendar. Se foi feito pelo próprio AME, ligue (17) 3622-5470