



Por este instrumento, eu _____
_____ (nome legível, completo e por extenso do paciente ou responsável)
_____/_____, declaro que:
(identidade nº / órgão)

1ª) Fui orientado claramente que o exame de líquido é um importante método auxiliar diagnóstico dos processos neurológicos, infecciosos ou neoplásicos do sistema nervoso. O exame consiste em punção com agulha descartável para coleta e análise do líquido. A dor que acompanha a punção é semelhante àquela da coleta de sangue;

2ª) Este exame costuma ser colhido nas costas (punção lombar) ou, excepcionalmente, no pescoço (punção suboccipital), dependendo da suspeita clínica e da indicação médica;

3ª) Após a punção lombar, se tiver alta, posso ir para casa depois de cerca de meia hora e, imediatamente a seguir, deverei permanecer em REPOUSO (no mínimo por 4 horas); Mesmo com este cuidado, aproximadamente 10% das pessoas poderão sentir dor de cabeça ao se levantar. Esta dor pode ser forte, mas melhora rapidamente ao deitar. Se eu tiver dor de cabeça, deverei ficar em REPOUSO ABSOLUTO POR 48 HORAS SEGUIDAS; o mais rapidamente possível, entrarei em contato com o laboratório responsável pelo exame para me orientar sobre como proceder. Em casos raros, a dor de cabeça pode durar de 4 a 7 dias, impossibilitando a realização das minhas atividades habituais, pessoais e profissionais.

4ª) Nas coletas por punção suboccipital eu poderei voltar às minhas atividades normais, porém poderei sentir dor de cabeça ou desconforto passageiro;

5ª) A coleta de Líquor, como toda técnica invasiva, apresenta riscos inerentes ao próprio procedimento. Acidentes derivados da punção, com danos neurológicos, são raros e descritos apenas na punção suboccipital, podendo ocorrer, por exemplo, lesão de centro respiratório, cardíaco e hemorragia no espaço sub aracnóide. Na punção lombar podem ocorrer dormências transitórias, dor local e, muito raramente, infecção;

A incidência destas complicações é muito pequena.

Colatina, _____ de _____ de 20_____. _____
[Assinatura do paciente/ ou familiar]

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada:

1) _____
[assinatura] _____
[nº do documento de identidade]

_____ [nome completo e legível] _____ [endereço]

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu (seus) responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento (s)/procedimento(s) acima descritos.

Data: _____/_____/_____

_____ Assinatura do médico – CRM ES