

## **Punção Aspirativa de Tireoide com Agulha Fina** **Estudo para ThyroidPrint**

A punção aspirativa é um exame que consiste na introdução de uma agulha fina para retirada de material celular da área a ser examinada e posteriormente as amostras coletadas, pelo médico radiologista, serão colocadas em lâminas e/ou frascos reagentes e encaminhadas para análise microscópica.

O ThyroidPrint é um teste capaz de diagnosticar, com 95% de segurança, se um nódulo de tireoide é benigno ou maligno nos casos em que o resultado da análise convencional é indeterminado. Atualmente é considerado um teste padrão ouro e com alto grau de especificidade, logo, permite auxiliar o médico e o paciente na escolha do melhor tratamento.

O procedimento pode causar desconforto/dor no local puncionado, porém costuma ser bem tolerada pelo(a) paciente, mesmo sem o uso de qualquer tipo de anestésico. Entretanto, durante a anamnese será averiguado a necessidade, juntamente com o médico responsável pelo procedimento, a utilização de anestésico.

Devido a introdução de uma agulha fina na região tireoidiana, poderá ocorrer sangramento, sendo necessária a compressão local por alguns minutos. Posteriormente, será feito um pequeno curativo oclusivo no local, logo o paciente deverá evitar movimentos bruscos ou mexer na área puncionada.

Eventualmente, pode-se formar um pequeno hematoma no local da punção. Recomenda-se o uso de compressas geladas (gelo colocado em um saco plástico e envolto por uma toalha) sobre o local, durante as 6 horas subsequentes ao procedimento. Em caso de dor local, fazer uso somente de analgésicos que não contenham em sua formulação o Ácido Acetil Salicílico.

Caso ocorra alguma complicação após o exame, o paciente deverá entrar em contato com o seu médico ou com o médico que realizou o exame e, na impossibilidade de contato com um destes profissionais, deverá procurar um serviço de urgência/emergência mais próximo.

Por todo o exposto, eu, Paciente, ( ) representada por meu Responsável Legal, consinto com a realização do exame e declaro que:

Recebi informação sobre o exame, seus benefícios, riscos e possibilidade de intercorrências. Fui informado sobre os cuidados que devo adotar antes e após a realização do exame. Autorizo a realização de procedimento de emergência se diante de situações imprevistas que venham a ocorrer. Me foi dada a oportunidade de indicar e sanar todas as minhas dúvidas sobre o exame.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Nome Social do Paciente (se aplicável): \_\_\_\_\_

Representante Legal (se aplicável): \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

RG nº: \_\_\_\_\_

Contatos: Tels.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_