



## Punção / Biópsia

Peito, tireoide e partes moles superficiais

INSTITUT DIAGNOSTISCHE UND  
INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

Dr. med. J. Fischer, *Chefarzt*  
Dr. med. C. Siewert, *Stv. Chefarzt*  
Dr. med. T. Merl, *Leitender Arzt*  
Dr. med. St. Müller, *Leitender Arzt*

Apelido:

Nome próprio:

Data de nascimento:

### Caro/cara paciente

A seguir, irá encontrar algumas informações importantes sobre a punção e biópsia recomendadas.

#### O que é uma punção / biópsia?

Numa punção / biópsia é colhido líquido ou uma amostra de tecido numa determinada região do corpo. Esta colheita é feita sob controle imagiológico com ultrassons ou tomografia computadorizada (TC). O material colhido é analisado num laboratório externo.

#### Procedimento do exame

A punção / biópsia é realizada pelo radiologista em colaboração com técnicos de radiologia. O paciente é posicionado na mesa de exame numa posição confortável. Em regra, serão obtidas mais uma vez imagens da região-alvo. A seguir, o local é bem desinfetado e, em muitos casos, dessensibilizado por uma anestesia local. Sob controle imagiológico, o radiologista posiciona a agulha na região-alvo onde pretende colher o líquido ou as amostras de tecido. Consoante a situação, este procedimento é repetido.

#### Possíveis efeitos secundários

Neste tipo de punção / biópsia trata-se apenas de uma pequena intervenção que normalmente decorre sem complicações.

Como acontece com todos os medicamentos e substâncias, raramente são possíveis alergias aos anestésicos locais.

No local de colheita pode formar-se um hematoma que normalmente é inofensivo. Lesões ou inflamações das estruturas circundantes são complicações muito raras e tratáveis.

#### Depois do exame

Após uma punção / biópsia não deve ser exercida qualquer atividade física cansativa durante o resto do dia. Colocamos um penso no local da colheita que deve ser removido apenas depois de terem passado 24 horas.

Por favor, responda às seguintes perguntas.

Toma medicamentos para tornar o sangue mais fluido?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Sofre ...		
... de alergias? (anestésicos locais, pensos...) Quais? _____	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
... de distúrbios da coagulação sanguínea?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Para mulheres em idade fértil:		
Existe a possibilidade de estar grávida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Está no período de aleitamento?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

Se tiver dúvidas ou gostaria de fazer uma pergunta, a nossa equipa está à sua disposição.

Pela presente confirmo que tomei conhecimento das informações e respondi às perguntas acima com verdade. Com a minha assinatura declaro o meu consentimento para o exame.

Data:	Assinatura do paciente: (ou da pessoa responsável)
-------	---

*Visum Radiologe:*