



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA EXAMES



Autorizo a realização do(s) exame(s)..... no animal de nome....., espécie....., raça sexo, idade (real ou aproximada)....., pelagem, outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip)..... a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a) CRMV-.....

Identificação do responsável pelo animal: Nome..... RG.....
CPF..... Endereço completo

1. **Exame de Cistocentese Guiada por Ultrassom** guiada é um procedimento realizado com o auxílio de ultrassonografia para a coleta de urina, com o uso uma agulha e seringa descartáveis através da parede abdominal previamente higienizada.

Riscos: hemorragia iatrogênica, contaminação da amostra e da cavidade abdominal, ruptura vesical

Preparo: o paciente deve chegar a clínica com a bexiga cheia, sendo necessária a retenção urinária por 2 horas que antecedem o exame.

2. **Biópsias/citologias guiadas por Ultrassom** É um procedimento médico que utiliza a tecnologia de ultrassonografia para direcionar e orientar a coleta de amostras de tecidos ou células de uma área específica do corpo que está sendo investigada. Essa técnica é frequentemente utilizada para obter amostras de tecidos profundos ou órgãos internos, onde não é possível realizar a coleta de forma direta.

Riscos: hemorragia iatrogênica, contaminação da amostra e da cavidade abdominal.

Declaro ter sido esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) citado(s) exame(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Cidade, _____, ____ de ____ de ____.

Assinatura do responsável pelo animal