

**TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE
BIÓPSIA EXCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA OU EXTIRPAÇÃO
DE TUMOR OU ADENOMA DE MAMA**

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: () Paciente e ou () Responsável: _____, quanto aos principais aspectos relacionados à **BIÓPSIA EXCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA OU EXTIRPAÇÃO DE TUMOR OU ADENOMA DE MAMA** e ou a realização de procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD

Declara, outros, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1 - DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PROCEDIMENTO:

- Limpeza da pele da mama com antisséptico;
- Anestesia local da pele sobre o nódulo com anestésico de acordo com a preferência do cirurgião;
- Incisão da pele com bisturi;
- Ressecção de todo o tecido tumoral;
- Colocação de material coletado em frasco com formol para estudo histológico;
- Hemostasia de vasos sangrantes com bisturi elétrico ou com pontos - fio cirúrgico;
- Fechamento da pele com pontos de fio cirúrgico;
- Curativo compressivo na área de incisão;

2 - POSSIBILIDADES DE INSUCESSOS: Entendo que podem ocorrer complicações inerentes ao procedimento.

3 - POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DO ATO OPERATÓRIO:

- Hematoma pós-procedimento, isto é, acúmulo de sangue no local de onde se retirou o nódulo, devendo, eventualmente, ser feita uma drenagem cirúrgica;
- Infecção local que, às vezes, pode requerer drenagem de coleção purulenta e uso de antibióticos;
- Deiscência da sutura (abertura de ponto), necessitando de nova rafia (restauração do ponto que abriu).

4 - SOBRE A ANESTESIA: A anestesia será local

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, autorizo a realização da **BIÓPSIA EXCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA OU EXTIRPAÇÃO DE TUMOR OU ADENOMA DE MAMA** e/ou Procedimentos prescritos. Declaro que recebi do (a) Dr. (a) _____, CRM: _____ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos e complicações do tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a **BIÓPSIA EXCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA OU EXTIRPAÇÃO DE TUMOR OU ADENOMA DE MAMA** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições.

Entendi que todo o material que me for extirpado, constituindo a peça operatória, deverá ser enviado para estudo anatomopatológico para confirmação diagnóstica de minha patologia.

Declaro e confirmo mais uma vez que entendi todas as explicações que me foram fornecidas, de forma clara e simples, inclusive, entendendo o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me restando dúvidas sobre o procedimento ao qual serei submetida. Foi-me explicado claramente que durante o ato cirúrgico, devido a algum fato inesperado, a equipe médica poderá modificar a técnica inicialmente programada, visando sempre o êxito de minha cirurgia.

Por este consentimento, confirmo que estou satisfeita com as informações, tendo sido esclarecidos todos os riscos e benefícios decorrentes deste procedimento e, por tais condições, consinto que se proceda em minha pessoa, a cirurgia para **BIÓPSIA EXCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA OU EXTIRPAÇÃO DE TUMOR OU ADENOMA DE MAMA**.

Declaro, também, que entendi e compreendo que, a qualquer momento, sem necessidade de nenhuma explicação de minha parte, poderei, antes do procedimento, revogar o presente consentimento.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado toda a **BIÓPSIA EXCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA OU EXTIRPAÇÃO DE TUMOR OU ADENOMA DE MAMA** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Nome completo: _____ CRM: _____

Assinatura

INFORMAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA

TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1) Todos os documentos pessoais.
- 2) Exames realizados.
- 3) Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada.
- 4) Risco Cirúrgico.
- 5) Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 6) Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 7) Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros.
- 8) Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

O PROCEDIMENTO

- 1) Manter jejum de no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- 2) Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
 - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume de preferência sem água ou com muito pouca água.
 - Se diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- 3) Em caso de febre ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- 4) Horário da cirurgia: O horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

OUTRAS ANOTAÇÕES