

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA PUNÇÃO-BIOPSIA DE MAMA COM AGULHA FINA

1. Identificação da (o) paciente
Nome: _____
Data de nascimento: ____/____/_____
Endereço: _____
Tel.: (____) _____ Registro hospitalar _____ C.I.: _____
Órgão Exp.: _____ CIC: _____ RG: _____
Representante legal.: _____
2. Declaro que:
O (A) Dr. (a): _____ CRM.: _____
Explicou-me e eu entendi: que devo submeter-me à punção de mama com agulha fina.
 - a) Descrição da técnica:
 - Limpeza da pele da mama com anti-séptico
 - Introdução da agulha no interior da lesão
 - São realizados vários movimentos de vaivém na lesão
 - Colocação do material coletado em lâminas/frasco para citologia
 - b) Descrição dos insucessos: em cerca de 10% a 20% das punções (ou seja, 10 a 20 de cada 100 punções realizadas), o material obtido pode não ser suficiente para definir o diagnóstico. Nesses casos pode ser necessário repetir a punção ou mesmo realizar uma biopsia.
 - c) Descrição de complicações: entendo que podem ocorrer complicações inerentes ao procedimento como:
 - Hematoma pós-procedimento, isto é, acúmulo de sangue no local onde se fez a punção, devendo eventualmente ser necessária a retirada do sangue acumulado através de cirurgia.
 - Infecção local que, às vezes, requer a retirada de coleções, pus e uso de antibióticos.
 - Formação de pneumotórax (introdução de ar no pulmão) por introdução da agulha na cavidade torácica.
3. Destino do material obtido: entendi que todo o material obtido será enviado por mim ao laboratório para estudo citológico.
4. Por este CONSENTIMENTO, confirmo que estou satisfeita (o) com as informações recebidas e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes deste procedimento e por tais condições AUTORIZO que seja realizada a biopsia de mama com agulha fina.
5. Declaro também que entendi e compreendo que a qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação da minha parte, posso, antes do procedimento, revogar esse assentimento que agora presto.

Cidade: _____ Data: _____

Assinatura do médico(a) legal

Assinatura do(a) paciente ou representante legal

Testemunha

Testemunha

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA BIÓPSIA DE FRAGMENTOS (CORE BIOPSY)

1. Identificação da (o) paciente
Nome: _____
Data de nascimento: ____/____/_____
Endereço: _____
Tel.: (____) _____ Registro hospitalar _____ C.I.: _____
Órgão Exp.: _____ CIC: _____ RG: _____
Representante legal.: _____
2. Declaro que:
O (A) Dr. (a): _____ CRM.: _____
Indicou a realização da biopsia de fragmentos (core biopsia)
 - a) Descrição técnica do procedimento:
 - Limpeza da pele da mama com anti-séptico
 - Anestesia local com xilocaína (anestésico local)
 - Pequeno corte na pele com bisturi
 - Introdução da agulha e retirada de uma pequena quantidade de tecido para estudo microscópico
 - Esse procedimento é repetido cerca de quatro vezes.
 - Colocação do material coletado em frasco com formol para estudo histológico.
 - Curativo compressivo.
 - b) Descrição dos insucessos: entendo que podem ocorrer complicações inerentes ao procedimento levando até mesmo à necessidade de repetir o procedimento ou mesmo à realização de uma biopsia a céu aberto, em caso de material insuficiente para definir um diagnóstico.
 - c) Descrição de complicações do ato operatório:
 - Hematoma, isto é acúmulo de sangue no local onde se retirou o tecido devendo eventualmente ser feita uma drenagem cirúrgica. Alguns fatores podem levar ao sangramento como: distúrbios da coagulação do sangue uso de aspirina (ácido acetilsalicílico) e anticoagulantes como marevan e heparina. Em caso de uso de qualquer medicação, favor comunicar à equipe médica.
 - Infecção local que, às vezes, requer drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos.
 - Formação de pneumotórax (presença de ar no pulmão) por introdução da agulha na cavidade torácica.
 - Reação vagal cujos sintomas são: queda de pressão, palidez e tonteira.
3. Destino do material obtido: entendi que todo o material obtido será enviado por mim ao laboratório para estudo anatomopatológico.
4. Por este CONSENTIMENTO, confirmo que estou satisfeita (o) com as informações recebidas e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes deste procedimento e por tais condições AUTORIZO a realização da biopsia de fragmentos (*core biopsia*).
5. Declaro também que entendi e compreendo que a qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação da minha parte, posso, antes do procedimento, revogar esse assentimento que agora presto.

Cidade: _____ Data: _____




Assinatura do médico(a) legal

Assinatura do(a) paciente ou representante legal

Testemunha

Testemunha

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA BIÓPSIA DE LINFONODO SENTINELA

1. Identificação da (o) paciente
Nome: _____
Data de nascimento: ____/____/_____
Filiação: _____
Endereço: _____
CIC: _____ RG: _____
Tel.: (____) _____ Registro hospitalar _____ C.I.: ____ Órgão Exp.: _____
Representante legal.: _____
2. Explicações sobre a necessidade de se conhecer a situação dos linfonodos axilares, para o tratamento do câncer de mama:
 -  Após as cirurgias para tratamento do câncer de mama, na maioria das vezes, são necessários tratamentos complementares, como a quimioterapia, a radioterapia e a hormonioterapia.
 -  A decisão se uma paciente operada de câncer de mama vai fazer ou não quimioterapia, hormonioterapia e, algumas vezes, radioterapia e, também, as doses de cada um desses tratamentos é retirada, principalmente, de dados obtidos do estudo dos nódulos encontrados em sua axila.
 -  Isto é, o estudo dos nódulos axilares vai dizer se existem, ou não, células do tumor localizado na mama, pois é para eles que elas vão, geralmente, antes de irem para outro local do organismo.
3. **O que são os linfonodos axilares:** Os seres humanos possuem, além de outros mecanismos, estruturas que ajudam na defesa do organismo em situações adversas, como em infecções e, também, na presença de tumores que possuem células anormais. Essas estruturas são denominadas nódulos linfáticos, linfonodos ou, como será descrito nesse documento, simplesmente, nódulos – e é para eles que, na maioria das vezes, vão as células que saem dos tumores das mamas, antes de irem para a circulação sanguínea e, depois para os outros órgãos do corpo.
No caso do câncer de mama eles estão localizados, principalmente, nas axilas, embora existam, também na parte central do tórax, próximo do osso esterno, onde são chamados como nódulos da veia mamária interna, e no interior da própria mama.
4. **Biópsia do Linfonodo Sentinela:** A biópsia do linfonodo sentinela procura, retirar e estudar o nódulo da axila que primeiro recebe as células que saem da mama: esse nódulo é chamado linfonodo sentinela.
As pesquisas têm mostrado que se não existir células do tumor no linfonodo sentinela (metástases), todos os outros nódulos não as possuem em mais de 90% a 95% dos casos.
A biópsia do linfonodo sentinela é feita após a sua marcação com substâncias que são injetadas nas mamas, especificamente com tal finalidade, pelos médicos.
Dessa maneira a biópsia do linfonodo sentinela, quando ele está negativo, evita que seja necessária a retirada de todos os nódulos que sejam misturados na axila, pela cirurgia chamada esvaziamento axilar, para saber a sua situação e, desse modo, indicar o tratamento complementar.
O objetivo principal da biópsia do linfonodo sentinela é que se possa evitar o esvaziamento axilar que pode trazer prejuízo à paciente, como ocorre em grande número de casos, como inchaço, dores, formigamentos, diminuição dos movimentos e diminuição da força do membro superior (braço, antebraço e mão).
Outro motivo, também importante, é permitir exames mais detalhados e mais sensíveis no linfonodo sentinela, o que é mais difícil, e mais caro, quando se realiza o esvaziamento axilar, onde se retiram de 10 a 30 nódulos em cada paciente (ao invés de um ou dois como na biópsia do linfonodo sentinela).
5. **DESCRICAÇÃO TÉCNICA DO PROCEDIMENTO (EM TERMOS LEIGOS E CLAROS):**
Para que este linfonodo seja encontrado na cirurgia, é necessário que sejam marcadores específicos, isolados ou combinados.
 - **Injeção de substâncias marcadoras contendo Tecnécio-99m (Fitato de Tecnécio) e/ou injeção de corante do tipo Azul Patente V**
 - **Injeção de substância contendo Tecnécio-99m (Fitato de Tecnécio):** é feita por médico especializado em Medicina Nuclear, por via periareolar, ao redor da aréola da mama, ou peritumoral

- O Tecnécio-99m é uma substância que emite radiações do tipo gama que é utilizada em vários tipos de exames, principalmente os de Cintilografia, em todo mundo, sendo aceito que não há risco para os pacientes a eles submetidos.
 - Realização de Cintilografia das mamas para a localização do linfonodo sentinela, em intervalo de tempo que pode variar de trinta minutos a 12 horas, seguida de marcação na pele da projeção da localização.
 - **Injeção de corante do tipo Azul Patente V:** é feita pelo cirurgião por via periareolar ou peritumoral, seguida de massagem local, por cerca de cinco minutos, com a paciente anestesiada, antes do início da cirurgia, após limpeza da pele com anti-séptico.
 - **Localização do linfonodo sentinela com a sonda de aparelho denominado Gama Probe (detector de radiação Gama)** - geralmente, coincide com o local marcado previamente pelo Médico Nuclear.
 - **Procedimento cirúrgico para a localização do linfonodo sentinela:**
 - Localização da vias linfáticas coradas em azul e do linfonodo sentinela - corado em azul e/ou pelo sinais emitidos pelo Gama Probe.
 - Retirada do Linfonodo Sentinela.
 - Hemostasia com bisturi elétrico ou com fio de cat-gut.
 - Aguardar o resultado pelo médico anátomopatologista do linfonodo sentinela.
 - ✚ Em caso de o exame do linfonodo sentinela for negativo para doença metastática: fechamento da pele com pontos de fio cirúrgico, seguido de curativo cirúrgico.
 - ✚ Em caso de exame do linfonodo sentinela ser positivo para doença metastática, ou se houver discordância entre o linfonodo marcado pelo Tecnécio-99m e o corado pelo Azul Patente V, será realizada cirurgia para esvaziamento dos linfonodos axilares, ou seja, retirada dos linfonodos ou gânglios axilares para estudo anatomopatológico para que se verifique a presença, ou não, de doença metastática. Da mesma forma, se o linfonodo sentinela não for localizado ou se encontrado em outro local diferente da axila (por exemplo: nas proximidades do osso esterno, cadeia da veia mamária interna, o esvaziamento axilar poderá ser efetuado).
6. **DESCRIÇÃO DOS INSUCESSOS:** O linfonodo sentinela poderá não ser localizado.
- O exame realizado pelo médico anatomo-patologista na sala de cirurgia (por método denominado como "imprint" ou por exame de congelação) quando negativo não é definitivo, por problemas inerentes ao método. Assim, poderá, posteriormente, vir a ser considerado positivo para doença metastática, através exames mais detalhados, que serão realizados posteriormente, conhecidos como método por parafina e/ou por imuno-histoquímica. Tal positividade indicará e tornará indispensável a cirurgia para esvaziamento axilar em uma nova cirurgia.
7. **DESCRIÇÃO DE COMPLICAÇÕES DO ATO OPERATÓRIO:**
- Hematoma pós-procedimento, isto é, acúmulo de sangue no local onde se retirou o linfonodo sentinela, devendo ser feito, eventualmente, uma drenagem cirúrgica.
 - Infecção local que às vezes requer drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos.
 - Inchaço local por acúmulo de líquidos de cor amarelada ou rosada, denominados como seromas, ocorrência muito comum em cirurgias de vias e gânglios linfáticos, podendo haver indicação de punção com agulha e seringa para seu esvaziamento em uma ou várias sessões.
 - Deiscência da sutura, necessitando de nova refiação.
8. **DESCRIÇÃO DE OUTRAS COMPLICAÇÕES:**
- Pode ocorrer o aparecimento de coloração azulada na pele, mucosas e escleróticas e urina da paciente pela absorção do corante azul, que, no entanto desaparece espontaneamente, na maioria das vezes, entre 24 e 72 horas.
 - Reações alérgicas ao corante do tipo Azul Patente V que poderá necessitar do uso de medicamentos e procedimentos específicos.
9. **DESCRIÇÃO DA ANESTESIA:** A cirurgia é realizada com a paciente sob anestesia geral.

10. **DESTINO DA PEÇA OPERATÓRIA:** Todo material que é extirpado, constituindo peça operatória, deverá ser enviado para estudo anatomopatológico e imuno-histoquímico.

Após a leitura desse documento – Consentimento Livre e Esclarecido – e das informações que me foram prestadas verbalmente:

1) Declaro e confirmo, mais uma vez, que entendi todas as explicações que me foram fornecidas de forma clara e simples, inclusive permitindo que realizasse todas as perguntas e fizesse todas as observações que eu achei pertinente para entender o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me ficando dúvidas sobre o procedimento a que serei submetida, mas me foi assegurado que a qualquer momento poderei solicitar novos esclarecimentos.

2) Por este CONSENTIMENTO, confirmo que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes deste procedimento e por tais condições CONSENTO que se me realize a cirurgia para a **BIÓPSIA DO LINFONODO SENTINELA**, e os exames e demais procedimentos necessários para tal.

3) Declaro também que entendi e compreendo que a qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação de minha parte, posso, antes do procedimento, revogar este consentimento que ora presto.

Cidade: _____ Data: _____

Assinatura do médico(a) legal

Assinatura do(a) paciente ou representante legal

Testemunha

Testemunha

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO

Revogo o consentimento prestado no dia e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data.

Cidade: _____ Data: _____

Assinatura do médico(a) legal

Assinatura do(a) paciente ou representante legal

Testemunha

Testemunha

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO EXTIRPAÇÃO DE TUMOR OU ADENOMA DE MAMA

1. Identificação da (o) paciente
Nome: _____
Data de nascimento: ____/____/_____
Endereço: _____
Tel.: (____) _____ Registro hospitalar _____ C.I.: _____
Orgão Exp.: _____ CIC: _____ RG: _____
Representante legal.: _____
2. Declaro que:
O (A) Dr. (a): _____ CRM.: _____
Explicou-me e eu entendi que devo submeter-me:
 - a) Biopsia excisional de nódulo de mama ou extirpação de tumor ou adenoma de mama
Diagnóstico: _____
 - b) Descrição técnica do procedimento:
 - Limpeza da pele da mama com anti-séptico
 - Anestesia
 - Insisão da pele com bisturi
 - Ressecção de todo o tecido tumoral
 - Colocação do material coletado em frasco com formol para estudo histológico
 - Colocação de dreno (se necessário)
 - Hemostasia rigorosa de vasos sangrantes com bisturi elétrico ou fio
 - Fechamento da pele com pontos de fio cirúrgico
 - Curativo compressivo na área de incisão
 - c) Descrição dos insucessos: entendo que podem ocorrer complicações inerentes ao procedimento.
 - d) Descrição de complicações do ato operatório:
 - Hematoma ou seroma pós-procedimento, isto é, acúmulo de sangue no local onde se retirou o nódulo, devendo eventualmente ser feita uma drenagem cirúrgica.
 - Infecção local que, às vezes, requer a drenagem de coleções purulentas e o uso de antibióticos.
 - Deiscência da sutura, necessitando de nova rafia, ou seja, nova sutura.
 - e) Descrição de anestesia: a cargo do anestesista (local, bloqueio/sedação, geral).
 - f) Destino da peça operatória: entendi que todo o material que me for extirpado, constituído a peça operatória, deverá ser enviado para o estudo anatomopatológico para a confirmação diagnóstica.
3. Declaro e confirmo mais uma vez, que entendi todas as explicações que me foram fornecidas de forma clara e simples inclusive permitindo que eu realizasse todas as perguntas e fizesse todas as observações. Eu achei pertinente para entender o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me ficando dúvidas sobre o procedimento a que serei submetida o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me ficando dúvidas sobre o procedimento a que serei submetida.
4. Por este CONSENTIMENTO, confirmo que estou satisfeita (o) com as informações recebidas e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes deste procedimento e por tais condições CONSENTO que me realize a cirurgia BIOPSIA EXCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA OU EXTIRPAÇÃO DE TUMOR OU ADENOMA DE MAMA.
5. Declaro também que entendi e compreendo que a qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação da minha parte, posso, antes do procedimento, revogar esse assentimento que agora presto.

Cidade: _____ Data: _____

Assinatura do médico(a) legal

Assinatura do(a) paciente ou representante legal

Testemunha

Testemunha

 **TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA EXERESE DE LESÃO NÃO-PALPÁVEL DA MAMA POR AGULHAMENTO OU ROLL**

1. Identificação da (o) paciente
Nome: _____
Data de nascimento: ____/____/_____
Endereço: _____
Tel.: (____) _____ Registro hospitalar _____ C.I.: _____
Órgão Exp.: _____ CIC: _____ RG: _____
Representante legal.: _____
2. Declaro que:
O (A) Dr. (a): _____ CRM.: _____
 - a) **Explicou-me e eu entendi:** que devo submeter-me à exérese de lesão não-palpável da mama por agulhamento ou ROLL.
Diagnóstico: _____
 - b) Descrição técnica do procedimento:
 - Colocação de uma agulha de marcação (“agulhamento”) ou do contraste radioativo (ROLL) na lesão através da mamografia ou ultra-sonografia antes da cirurgia para identificar a mesma.
 - Limpeza da pele com anti-séptico.
 - Incisão na pele com bisturi.
 - Exérese da área agulhada ou marcada com corante radioativo.
 - Colocação do material coletado em frasco com formol para o estudo histológico.
 - Hemostasia rigorosa dos vasos sangrantes.
 - Colocação de dreno, se necessário.
 - Sutura da pele da área retirada.
 - Curativo compressivo.
 - c) Descrição dos insucessos: entendo que podem ocorrer complicações inerentes ao procedimento, podendo até mesmo ter que repeti-lo. Por exemplo, nos casos de microcalcificações, quando o estudo radiológico da peça cirúrgica, no ato da cirurgia, não evidenciar as mesmas.
 - d) Descrição de complicação do ato operatório:
 - Hematoma ou seroma pós-procedimento, isto é, acúmulo de sangue no local onde se retirou o nódulo, devendo eventualmente ser feita uma drenagem cirúrgica.
 - Infecção local que, às vezes, requer a drenagem de coleções purulentas e o uso de antibióticos.
 - Deiscência da sutura, necessitando de nova rafia, ou seja, nova sutura.
 - e) Descrição da anestesia: a cargo do anestesista (local, bloqueio/sedação, geral).
 - f) Destino da peça operatória: entendi que todo o material que me for extirpado, constituído a peça operatória, deverá ser enviado para o estudo anatomopatológico para a confirmação diagnóstica.
3. Declaro e confirmo mais uma vez, que entendi todas as explicações que me foram fornecidas de forma clara e simples inclusive permitindo que eu realizasse todas as perguntas e fizesse todas as observações. Eu achei pertinente para entender o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me ficando dúvidas sobre o procedimento a que serei submetida o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me ficando dúvidas sobre o procedimento a que serei submetida.
4. Por este CONSENTIMENTO, confirmo que estou satisfeita (o) com as informações recebidas e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes deste procedimento e por tais condições CONSENTO que me realize a cirurgia EXÉRESE DE LESÃO NÃO-PALPÁVEL DA MAMA POR AGULHAMENTO OU ROLL.
5. Declaro também que entendi e compreendo que a qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação da minha parte, posso, antes do procedimento, revogar esse assentimento que agora presto.

Cidade: _____ Data: _____

Assinatura do médico(a) legal

Assinatura do(a) paciente ou representante legal

Testemunha

Testemunha

 **TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA CIRURGIA CONSERVADORA DA MAMA**

1. Identificação da (o) paciente

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Tel.: (____) _____ Registro hospitalar _____ C.I.: _____

Órgão Exp.: _____ CIC: _____ RG: _____

Representante legal.: _____

2. Declaro que:

O (A) Dr. (a): _____ CRM.: _____

Explicou-me e eu entendi: que tendo em vista o Diagnóstico: _____ ser conveniente e indicado proceder CIRURGIA CONSERVADORA DE MAMA.

Esclareceu-me que:

1) Devido à situação clínica, localização e dimensões do tumor, conservadora da mama apresenta resultados similares aos obtidos com terapêuticas cirúrgicas mais agressivas.

2) Realizar-se-á:

Tumorectomia (resseção ampliada da tumoração, conservando a pele por cima do tumor).

Ressecção segmentar (resseção de um segmento de tecido mamário, com a pele que o cobre e a fáscia peitoral subjacente).

Quadrantectomia ou mastectomia parcial (extirpação de um quadrante da mama, com a pele que o cobre e a fáscia peitoral subjacente).

Mastectomia subcutânea (exérese da glândula mamária e dos ductos galactóforos deixando a pele, o tecido subcutâneo e a papila mamária).

Mastectomia simples (extirpação completa da glândula mamária que inclui a pele, o tecido subcutâneo e a papila mamária).

Linfadectomia axilar (extirpação dos linfonodos axilares)

3) Fui informada (o) e estou de acordo que, geralmente, é necessário realizar-se um tratamento complementar com radioterapia sobre a mama restante. Em casos selecionados, quimioterapia e/ou hormonoterapia.

4) A peça operatória será enviada para completar o estudo anatomopatológico.

5) Toda a intervenção cirúrgica, pela própria técnica cirúrgica, pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade, etc.), pode trazer uma serie de complicações comuns e potencialmente serias que poderão exigir tratamentos complementares tanto médicos quanto cirúrgicos assim como um percentual de mortalidade (avaliar o risco cirúrgico prévio).

6) As complicações da intervenção cirúrgica podem ser:

a) Hemorragias intra-operatórias (sobretudo quando se realiza limpeza axilar, podendo ser necessária à realização de transfusão per ou pós-operatória. Em casos muito raros poderão ocorrer "lesão maiores na veia axilar, " tornando-se necessário realizar transplantes venosos ou ligadura, às vezes, a cargo de um cirurgião vascular).

b) Hematoma pós-operatório (consiste em acúmulo de sangue no leito cirúrgico que às vezes requer drenagem cirúrgica).

c) Seromas pós-operatórios (acúmulo de secreção no local da cirurgia que às vezes requer drenagem cirúrgica ou através de uma agulha).

d) Infecções pós-operatórias (que às vezes requerem drenagem e tratamento com antibiótico).

e) Edema de braço é uma complicação pouco frequente. Este consiste na formação de linfedema (acúmulo de líquido no braço) por interrupção da drenagem linfática, conseqüente à extirpação dos vasos e linfonodos axilares.

- f) Contraturas cicatriciais
- g) Limitação da mobilidade do ombro.
- h) Pneumotórax (introdução de ar no pulmão).
- i) Necrose de retalho cutâneo.

Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

3. Declaro e confirmo mais uma vez, que entendi todas as explicações que me foram fornecidas de forma clara e simples inclusive permitindo que eu realizasse todas as perguntas e fizesse todas as observações. Eu achei pertinente para entender o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me ficando dúvidas sobre o procedimento a que serei submetida o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me ficando dúvidas sobre o procedimento a que serei submetida.
4. Por este CONSENTIMENTO, confirmo que estou satisfeita (o) com as informações recebidas e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes deste procedimento e por tais condições CONSINTO que me realize a cirurgia CONSERVADORA DA MAMA.
5. Declaro também que entendi e compreendo que a qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação da minha parte, posso, antes do procedimento, revogar esse assentimento que agora presto.

Cidade: _____ Data: _____

Assinatura do médico (a) legal

Assinatura do (a) paciente ou representante legal

Testemunha

Testemunha

✚ TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA MASTECTOMIA RADICAL

1. Identificação da (o) paciente

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Tel.: (__) _____ Registro hospitalar _____ C.I.: _____

Órgão Exp.: _____ CIC: _____ RG: _____

Representante legal.: _____

2. Declaro que:

O (A) Dr. (a): _____ CRM.: _____

Explicou-me e eu entendi: que tendo em vista o Diagnóstico: _____ ser conveniente e indicado proceder CIRURGIA MASTECTOMIA RADICAL.

a) Na situação atual, existem quatro medidas terapêuticas utilizadas em câncer de mama: cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia. Foi indicada uma mastectomia radical modificada, sob anestesia geral a cargo do serviço de Anestesiologia.

b) A intervenção consiste na extirpação total da glândula mamária, da pele que a recobre, da fáscia peitoral subjacente, assim como a retirada dos linfonodos axilares (Técnica à Madden); e, às vezes, também do músculo peitoral menor (Técnica à Patey); e, mais raramente, do músculo peitoral maior (Técnica à Halsted).

c) Toda a peça operatória retirada será enviada para completar o estudo anatomopatológico.

d) Toda a intervenção cirúrgica seja pela própria técnica cirúrgica, pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade etc.) traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente serias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos quanto cirúrgicos, assim como um percentual de mortalidade (observar o risco cirúrgico prévio).

e) As complicações da intervenção cirúrgica podem ser:

a) Hemorragias intra-operatórias (sobretudo quando se realiza extirpação de linfonodos axilares, podendo ser necessária a realização de transfusão per ou pós-operatória. Raramente, poderão ocorrer “lesões maiores na veia axilar”, que exigirão transplantes venosos ou ligaduras, a cargo de um cirurgião vascular).

b) Hematoma pós-operatório (consiste no acúmulo de sangue no leito cirúrgico que às vezes requer drenagem cirúrgica).

c) Seromas pós-operatórios (acúmulo de líquido seroso, geralmente, pólo inferior da axila, que, em alguns casos, requer punção-aspirativa para esvaziamento).

d) Infecções pós-operatórias que às vezes requerem drenagem e tratamento com antibiótico.

e) Edema de braço é uma complicação freqüente. Consiste na formação de linfedema por interrupção da drenagem linfática, conseqüente à extirpação dos vasos e linfonodos axilares.

f) Contraturas cicatriciais

g) Limitação da mobilidade do ombro.

h) Pneumotórax (introdução de ar no pulmão).

i) Necrose de retalho cutâneo.

Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

3. Declaro e confirmo mais uma vez, que entendi todas as explicações que me foram fornecidas de forma clara e simples inclusive permitindo que eu realizasse todas as perguntas e fizesse todas as observações. Eu achei pertinente para entender o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me ficando dúvidas sobre o procedimento a que serei submetida o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me ficando dúvidas sobre o procedimento a que serei submetida.

4. Por este CONSENTIMENTO, confirmo que estou satisfeita (o) com as informações recebidas e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes deste procedimento e por tais condições CONSINTO que me realize a cirurgia MASTECTOMIA RADICAL.
5. Declaro também que entendi e compreendo que a qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação da minha parte, posso, antes do procedimento, revogar esse assentimento que agora presto.

Cidade: _____ Data: _____

Assinatura do médico (a) legal

Assinatura do (a) paciente ou representante legal

Testemunha

Testemunha