



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO BIÓPSIA EXCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA OU EXTIRPAÇÃO DE TUMOR OU ADENOMA DE MAMA

1) IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE (ou de seu representante legal)

NOME: _____ DATA NASC.: ____/____/____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: () _____ - _____ CELULAR: ()9. _____ - _____ REGISTRO HOSPITALAR: _____

CPF: _____ RG: _____

2) DECLARO QUE O DR. _____, CRM nº _____ EXPLICOU-ME E EU ENTENDI QUE DEVO ME SUBMETER À:

2.a) NOME DO PROCEDIMENTO: BIÓPSIA EXCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA OU EXTIRPAÇÃO DE TUMOR OU ADENOMA DE MAMA

2.b) 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.c) POSSIBILIDADE DE INSUCESSOS: Entendo que podem ocorrer complicações inerentes ao procedimento.

2.d) 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).

2.e) SOBRE A ANESTESIA: Anestesia será local.

2.f) DESTINO DA PEÇA OPERATÓRIA: 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.

3) 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.



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO BIÓPSIA
EXCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA OU EXTIRPAÇÃO
DE TUMOR OU ADENOMA DE MAMA**

4) **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**.

5) **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.

Observações: -----

Local e data: _____

Assinatura e carimbo do médico

Assinatura da paciente

TESTEMUNHAS

Nome:
CPF: _____-____

Nome:
CPF: _____-____

TERMO DE REVOGAÇÃO DE CONSENTIMENTO

6) **DECLARO** que é possível a qualquer momento ante da cirurgia, revogar o meu consentimento.

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

Local e data: _____

Assinatura e carimbo do médico

Assinatura da paciente

TESTEMUNHAS

Nome:
CPF: _____-____

Nome:
CPF: _____-____