

## **TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE BIÓPSIA INCISIONAL DE NÓDULO 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 INCISIONAL DE NÓDULO 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 CHSF, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do Complexo Hospitalar São Francisco.

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 de mama, utilizando-se xylocaína;
- Incisão da pele com bisturi;
- Ressecção, em cunha, do tecido tumoral;
- Colocação do material coletado em frasco de formol para estudo histológico;
- Hemostasia de vasos sangrantes, utilizando-se bisturi elétrico ou pontos de catgut;
- Fechamento da pele com pontos de fio cirúrgico;
- Curativo compressivo na área de incisão.

**2 – POSSIBILIDADES DE INSUCESSOS:** Entendo que podem ocorrer insucessos, isto é, o procedimento pode não apresentar resultado, em especial, por falta de material adequado para a biópsia, necessitando-se repetir a mesma.

#### **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:** Conversar com seu médico

### **DECLARAÇÃO DO PACIENTE**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_, autorizo a realização da **BIÓPSIA INCISIONAL DE NÓDULO 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 INCISIONAL DE NÓDULO 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 INCISIONAL DE NÓDULO 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.

Belo Horizonte \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Assinatura

### TESTEMUNHAS

#### 1ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

#### 2ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado toda a **BIÓPSIA INCISIONAL DE NÓDULO 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.

Belo Horizonte \_\_\_\_\_ 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:
  - 2.1 – Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume de preferência sem água ou com muito pouca água.
  - 2.2 – 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.

## CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS

- 1) É muito importante a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do HEMOMINAS.
- 2) Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação!
- 3) Para maiores informações e doações, entre em contato com o **HEMOMINAS** pelo número (31) 3768-4500 ou **PERGUNTE AO SEU MÉDICO.**