

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE BIÓPSIA DE MAMA AMBULATORIAL COM
AGULHA FINA**

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p align="center">Cole aqui a etiqueta</p> </div> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ___/___/___</p> <p align="center">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p>	<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p>

DECLARO Que o Doutor:

Nome: _____

CRM n.º: _____, Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de:

Ser conveniente e indicado proceder a BIÓPSIA DE MAMA AMBULATORIAL COM AGULHA FINA em () minha pessoa ou em () paciente supra mencionado.

A Biópsia cuja indicação é: () Imprescindível () Necessária () Conveniente

Esclareceu-me que a BIÓPSIA será realizada da seguinte forma:

- Não é necessário anestesia.
- Limpeza da pele da mama com anti-séptico.
- Prensão do nódulo e aspiração do mesmo com agulha fina.
- Colocação do material aspirado em lâminas para estudo citológico.
- O procedimento pode não apresentar resultado por falta de material ou estar inadequado, necessitando de se repetir nova punção ou se realizar uma biópsia a céu aberto.

Esclareceu-me também que a Biópsia de Mama com Agulha Fina não está isenta de complicações. De forma excepcional, pode surgir:

- Hematoma pós-procedimento, isto é, acúmulo de sangue no local onde se introduziu a agulha de punção, devendo eventualmente ser feito uma drenagem cirúrgica.
- Infecção local que às vezes requer drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos.
- Formação de pneumo-tórax por introdução da agulha na cavidade torácica.

Foi me informado também que a não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

Também entendi que, a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que a **BIÓPSIA DE MAMA AMBULATORIAL COM AGULHA FINA** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE BIÓPSIA DE MAMA AMBULATORIAL COM
AGULHA FINA**

Todas as peças operatórias ou materiais extirpados serão enviados para completar o estudo anatomopatológico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **BIÓPSIA DE MAMA AMBULATORIAL COM AGULHA FINA** proposta.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico Paciente ou Representante ou Responsável

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: _____

Médico Paciente ou Representante ou Responsável