

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE CIRURGIA CONSERVADORA DE MAMA**

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p align="center">Cole aqui a etiqueta</p> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ___/___/___</p> <p align="center">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p> </div>	<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 CIRURGIA CONSERVADORA DE MAMA em () minha pessoa ou em () paciente supra mencionado.

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

Esclareceu-me que devido à situação clínica, localização e dimensões do tumor a CIRURGIA CONSERVADORA DE MAMA, apresenta resultados similares aos obtidos com terapêuticas cirúrgicas mais agressivas e será realizada da seguinte forma:

- () Tumorectomia (ressecção ampliada da tumoração, conservando a pele por cima do tumor)
- () Ressecção segmentária (ressecção de um segmento de tecido mamário, com a pele que cobre a fáscia peitoral (subjacente).
- () Quadrantectomia ou mastectomia parcial (extirpação de um quadrante de toda a mama, com a pele que o cobre e a faixa peitoral subjacente).
- () Mastectomia subcutânea ou glandulectomia (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 papila mamária).
- () Linfadenectomia axilar (extirpação dos gânglios linfáticos axilares).

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

1. Este procedimento necessita anestesia, que será avaliada pela equipe de anestesia.
2. Toda peça operatória ou material extirpado será enviado para completar o estudo anatomopatológico.
3. Fui informado (a) 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 hormonioterapia.
4. A Cirurgia Conservadora de Mama não está isenta de complicações. De forma excepcional, pode surgir:

- Hemorragias intra-operatórias (sobretudo quando se realiza limpeza axilar, podendo ser necessária à realização de transfusão de sangue (hemocomponentes) intra ou pós-operatória. Em casos muito raros poderá ocorrer "lesões maiores na veia axilar", tornando-se necessário realizar-se transplantes venosos a cargo de um cirurgião vascular). A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situações de anemias graves ou hemorragias, ou em decorrência de procedimentos cirúrgicos. Apesar de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente, e por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis, como febre, calafrios e alergia, geralmente leves e tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA CONSERVADORA DE MAMA

atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismos que podem não ser detectados através desses exames.

- Hematomas pós-operatórios (consiste em acumulação de sangue no leito cirúrgico, que, às vezes, requer drenagem cirúrgica);
- Seromas pós-operatórios (acumulação de líquido seroso geralmente no polo inferior da axila, que em algum caso requer punção-aspiração ou drenagem para esvaziamento);
- Infecções pós-operatórias (que às vezes requerem drenagem e tratamento antibiótico);
- Edema de braço (é uma complicação frequente. Consiste na formação de linfedema na extremidade superior devido, sobretudo à interrupção da drenagem linfática consequente à extirpação dos vasos e gânglios linfáticos axilares);
- Contraturas cicatriciais;
- Limitação da mobilidade do ombro.
- Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade..) traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos como cirúrgicos, assim como um mínimo de percentual de mortalidade.

5. 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 **CIRURGIA CONSERVADORA DE MAMA** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

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 **CIRURGIA CONSERVADORA DE MAMA** 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