

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

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 GROSSA 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:

- Este procedimento necessita anestesia local, que será administrada pelo próprio médico.
- Limpeza da pele da mama com anti-séptico.
- Anestesia local da pele sobre o nódulo, com xylocaína.
- Incisão puntiforme da pele com bisturi.
- Prensão do nódulo e introdução da agulha grossa fazendo o corte do tecido com a capa da agulha.
- Colocação do material coletado em frasco com formol para estudo histológico.
- Curativo compressivo no ponto de punção.
- 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 Grossa 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.

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

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 GROSSA** 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 **BIÓPSIA DE MAMA AMBULATORIAL COM AGULHA GROSSA** 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