

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
REALIZAÇÃO DE BIÓPSIA INCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA**

| 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>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 INCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA 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 de anestesia, que será avaliada pela equipe de anestesia.
- Limpeza da pele da mama com anti-séptico.
- Anestesia local da pele sobre o nódulo, com xylocaína.
- Incisão da pele com bisturi.
- Ressecção em cunha de tecido tumoral.
- Colocação do material coletado em frasco com formol para estudo histológico.
- Hemostasia de vasos sangrantes com bisturi elétrico ou com pontos de catgut.
- Fechamento da pele com pontos de fio cirúrgico.
- Curativo compressivo na área de incisão.
- Pode ocorrer insucesso, isto é, o procedimento pode não apresentar resultado por falta de material adequado, necessitando de se repetir nova biópsia.

A Biópsia Incisional não está isenta de complicações. De forma excepcional, pode surgir:

- Hematoma pós-procedimento, isto é, acúmulo de sangue no local onde se incisou o tumor, devendo eventualmente ser feita uma drenagem cirúrgica.
- Infecção local que às vezes requer drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos.
- Deiscência da sutura, necessitando nova rafia.

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 INCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
REALIZAÇÃO DE BIÓPSIA INCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA**

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 INCISIONAL DE NÓDULO 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