

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE EXERESE DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DA MAMA
POR ESTEROTAXIA COM AGULHAMENTO**

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 EXERESE DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DA MAMA POR ESTEROTAXIA COM AGULHAMENTO em () minha pessoa ou em () paciente supra mencionado.

A Exérese da lesão cuja indicação é: () Imprescindível () Necessária () Conveniente

Esclareceu-me que o procedimento será realizado da seguinte forma:

- Mamografia para identificar a lesão.
- Este procedimento necessita anestesia, que será avaliada pela equipe de anestesia.
- Limpeza da pele da mama com anti-séptico.
- Colocação da agulha de marcação da lesão.
- Exérese da área agulhada.
- Colocação do material coletado em frasco com formol para estudo histológico.
- Sutura da pele da área retirada.
- Curativo compressivo no ponto de punção.
- Todo material que me for extirpado, constituindo a peça operatória, deverá ser enviado para estudo anatomopatológico para confirmação diagnóstica de minha patologia.
- O procedimento pode não apresentar resultado por falta de material ou estar inadequado, necessitando de se repetir nova esterotaxia ou se realizar uma biópsia a céu aberto.

A Exereze de Lesão não Palpável da Mama por Esterotaxia com Agulhamento 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.
- Deiscência da sutura realizada, necessitando de nova anestesia para ressutura da parede.

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 EXERESE DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DA MAMA
POR ESTEROTAXIA COM AGULHAMENTO**

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 **EXERESE DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DA MAMA POR ESTEROTAXIA COM AGULHAMENTO** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **EXERESE DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DA MAMA POR ESTEROTAXIA COM AGULHAMENTO** 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