

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE MASTECTOMIA RADICAL

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

DECLARO Que o Doutor:

Nome: _____

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

Esclareceu-me que na situação atual existem fundamentalmente quatro medidas terapêuticas utilizadas em câncer de mama: Cirurgia, Radioterapia, Quimioterapia e Hormonioterapia, e que no meu caso é conveniente e indicado proceder a MASTECTOMIA RADICAL em () minha pessoa ou em () paciente supra mencionado.

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

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

- Este procedimento necessita anestesia que será avaliada pela equipe de anestesia.
- A intervenção consiste na extirpação total da glândula mamária incluindo, a pele que a recobre, a fáscia peitoral subjacente, assim como a extirpação dos gânglios linfáticos axilares.
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.
- Toda peça operatória ou material extirpado será enviado para completar o estudo anatomopatológico.

Estou ciente que:

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

- Hemorragias intra-operatórias (sobretudo quando se realiza a extirpação de gânglios axilares), podendo ser necessária à transfusão de sangue (hemocomponentes) intra ou pós-operatória. Em casos muito raros poderá ocorrer “lesões maiores da veia axilar”, que poderá exigir 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 atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismos que podem não ser detectados através desses exames.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE MASTECTOMIA RADICAL

- Hematomas pós-operatórios (consiste na acumulação de sangue no leito cirúrgico, que, às vezes, requerem drenagem cirúrgica).
- Seromas pós-operatórios (acumulação de líquido seroso geralmente em polo inferior da axila), que em alguns casos requer punção-aspiração para esvaziamento.
- Infecções pós-operatórias (que às vezes requerem drenagem e tratamento antibiótico).
- Edema de braço (complicação frequente). Consiste na formação de um linfedema na extremidade superior, devido, sobretudo, à interrupção da drenagem linfática por exérese dos vasos e gânglios linfáticos axilares.
- Contraturas cicatriciais.
- Limitação da mobilidade do ombro.

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 **MASTECTOMIA RADICAL** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **MASTECTOMIA RADICAL 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